Nederlandse Zorgautoriteit

Vervolgrapport

Thematisch onderzoek aanpak PGB-fraude

Onderzoek naar de effecten van de intensiveringsmaatregelen voor de aanpak van PGB-fraude door de zorgkantoren.

april 2015

Inhoudsopgave

Vooraf

In 2013 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een tussenrapportage uitgebracht over de eerste fase van het onderzoek naar de aanpak van fraude met Persoonsgebonden Budgetten (PGB's) door de zorgkantoren.[1] Dit betrof een kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop zorgkantoren uitvoering hebben gegeven aan de intensiveringsmaatregelen voor de aanpak van PGB-fraude. In 2014 heeft de NZa het onderzoek voortgezet. In deze tweede fase zijn de effecten van de intensiveringsmaatregelen in kaart gebracht en daar waar mogelijk gekwantificeerd. Het voorliggende rapport bevat de resultaten van deze tweede onderzoeksfase.

De intensiveringsmaatregelen, zoals de bewuste-keuzegesprekken, de huisbezoeken en het systeem van trekkingsrechten verminderen de risico's op PGB-fraude en dragen daarmee bij aan een fraudebestendigere PGB-regeling. Mede dankzij deze maatregelen hebben zorgkantoren meer onregelmatigheden en onrechtmatigheden bij het gebruik van de PGB-regeling geconstateerd en meer fraude opgespoord. Dat betekent niet dat de zorgkantoren hiermee per definitie alle fraude in beeld hebben.

Daarnaast blijkt dat het PGB een breed draagvlak geniet en daarmee een belangrijk instrument is om in de zorgvraag en zorgbehoefte te voorzien. In 80% van de gevallen wordt de zorg via het PGB geleverd, omdat er geen andere mogelijkheden zijn om de benodigde zorg te leveren.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

[1] Zie Tussenrapportage Thematisch onderzoek Persoonsgebonden budget, maart 2014 op www.nza.nl.

Managementsamenvatting

In 2013 zijn zorgkantoren gestart met het uitvoeren van intensiveringsmaatregelen voor de aanpak van fraude met PGB's. Hierbij gaat het onder andere om het voeren van bewuste-keuzegesprekken, het afleggen van huisbezoeken en het werken met trekkingsrechten. De NZa heeft het mogelijke effect van deze maatregelen in 2014 onderzocht.

Hierbij hebben wij voor de data-analyse gebruik gemaakt van gegevens tot juli 2014, de gegevens over geheel 2014 zijn pas na het afronden van het onderzoek in bezit gekomen van de NZa.[2]

Conclusie

Uit ons onderzoek komt naar voren dat de intensiveringsmaatregelen effectief lijken te zijn om fraude met PGB's te beperken en daarmee bijdragen aan een fraudebestendigere PGB-regeling. Zo hebben zorgkantoren meer onrechtmatigheden (misbruik en oneigenlijk gebruik) bij het gebruik van de PGB-regeling geconstateerd en meer fraude opgespoord. Dankzij de huisbezoeken zijn vermoedens van fraude en onjuist gebruik van de PGB-regeling aan het licht gekomen, die bij de reguliere (papieren) controles buiten beeld waren gebleven.[3]

Bewuste-keuzegesprekken
Door het voeren van bewuste-keuzegesprekken krijgen zorgkantoren beter zicht op potentieel malafide aanvragers. Naar aanleiding van deze bewuste-keuzegesprekken wordt 20% van de aanvragen afgewezen of niet direct toegekend. Hiervan heeft 3% van alle budgethouders na weigering van het PGB géén actie ondernomen. Dit zou erop kunnen wijzen dat de reden om de aanvraag in te dienen mogelijk niet was om PGB-zorg te krijgen.

Zorgkantoren zijn van mening dat zij onvoldoende juridische basis hebben om 'verdachte' aanvragen te weigeren. Om in deze leemte te voorzien adviseert de NZa de wetgever om het juridisch mogelijk te maken voor zorgkantoren om zorgvuldig afgewogen en proportionele toelatingseisen in de toekenningsbeschikking op te nemen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verplicht stellen in de toekenningsbeschikking van een bewindvoerder of een verplicht huisbezoek. Hiervoor is het nodig dat in de regelgeving wordt opgenomen dat zorgkantoren de bevoegdheid hebben om toelatingseisen te stellen om zo extra waarborgen te kunnen treffen dat de PGB op een juiste wijze wordt ingezet. Op die manier kunnen zorgkantoren een PGB-aanvraag toekennen onder voorwaarden en maatregelen nemen als de aanvrager zich niet aan de gestelde voorwaarden houdt. De zorgkantoren dienen daarbij zorgvuldig en proportioneel te werk te gaan.

Verder blijkt bij twee derde van de bewuste-keuzegesprekken dat de aanvrager niet in staat is om zelfstandig een PGB te beheren en is een kwart van de aanvragers niet op de hoogte van de rechten en plichten die verbonden zijn aan een PGB. De zorgkantoren gebruiken de

---

[2] Dus de bevindingen in het onderzoek met betrekking tot de huisbezoeken en bewuste-keuzegesprekken zijn gebaseerd op het datamateriaal tot en met het eerste half jaar 2014.
[3] Dat betekent niet dat de zorgkantoren hiermee per definitie alle fraude in beeld hebben.

bewuste-keuzegesprekken dan ook mede om aanvragers voor te lichten over hun rechten en plichten.

Opsporen fraude
Bij 7% van de uitgevoerde huisbezoeken tot en met 1 juli 2014[4] hebben zorgkantoren een vermoeden van fraude gerapporteerd. De zorgkantoren hebben niet aan *alle* budgethouders huisbezoeken afgelegd, maar alleen aan de budgethouders met een verhoogd risico op fraude. Deze budgethouders hebben zij zelf geselecteerd aan de hand van een risicoanalyse. Een beeld van mogelijke fraude buiten de onderzochte groep heeft de NZa niet. De 7% is in die zin niet representatief voor de gehele groep van PGB-houders.

Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de aanpak van PGB-fraude door de zorgkantoren hebben wij daarnaast gekeken naar de fraudedossiers van zorgkantoren. In ruim een derde van de onderzochte fraudedossiers (n=33) die de zorgkantoren in 2013 hebben afgesloten is fraude daadwerkelijk bewezen. Het gaat hierbij om een bedrag van bijna 11 miljoen euro.

Onjuist gebruik regeling
Bij meer dan de helft van de huisbezoeken hebben zorgkantoren onjuist gebruik van de PGB-regeling gerapporteerd. Overigens is hierbij niet per definitie sprake van fraude, maar kan het ook gaan om budgethouders die de regeling niet begrijpen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om onvolkomenheden in de PGB-administratie, inkoop van zorg die niet onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt en niet uit het PGB mag worden bekostigd, of de levering van zorg is van onvoldoende kwaliteit. Ook bleek bij de controles dat er soms sprake is van een onjuiste indicatiestelling van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Sporadisch heeft het zorgkantoor hiervoor een ambtshalve herindicatie aangevraagd. De NZa adviseert het blijven voortzetten van herindiceren bij signalen en het blijven voortzetten van de mogelijkheid voor het zorgkantoor om een ambtshalve herindicatie aan te vragen. In bovenstaande situaties is opzettelijk onrechtmatig handelen (nog) niet aangetoond, maar dit staat het terugvorderen van onrechtmatige PGB-bestedingen niet in de weg.

De NZa is van mening dat de huisbezoeken een goed controlemiddel zijn, in combinatie met alle andere controlemaatregelen, om vast te stellen of het PGB rechtmatig en doelmatig is gebruikt. De huisbezoeken hebben een leereffect gehad op de budgethouders. Daarnaast lijken de huisbezoeken een afschrikeffect te hebben afgehad om te frauderen, omdat deze het gevoel verhogen om gecontroleerd te worden.

Vordering onrechtmatig uitgekeerde gelden
Fraude bij PGB's vindt vaak plaats door de zorgverlener, maar het onterecht uitgekeerde geld wordt teruggevorderd bij de budgethouder. Die moet dit dan weer zelf terugvorderen bij zijn of haar zorgverlener. Dit vinden wij een onwenselijke situatie. Wij adviseren de wetgever om het juridisch mogelijk te maken dat de zorgkantoren de frauderende zorgverleners rechtstreeks kunnen aanspreken tot terugbetaling.

[4] Het project huisbezoeken loopt tot en met 31 december 2014. Zorgkantoren hebben in 2013 en de eerste helft van 2014 in totaal 53% van de af te leggen huisbezoeken uitgevoerd. Dit zijn 14.570 huisbezoeken.

De zorgkantoren hebben de afgelopen jaren hun controles aangescherpt. Mede hierdoor zijn meer onrechtmatigheden aan het licht gekomen. Als gevolg hiervan zijn de openstaande vorderingen op budgethouders toegenomen. De terugbetaling van vorderingen is om diverse redenen een knelpunt. Zorgkantoren ontplooien wel voldoende incassoactiviteiten, maar budgethouders kunnen veelal de vorderingen niet terugbetalen.

De NZa verwacht dat de vorderingen grotendeels oninbaar zullen zijn. Het is wenselijk dat het ministerie van VWS duidelijkheid verschaft over de wijze waarop zorgkantoren moeten omgaan met het afboeken van langlopende oninbare vorderingen.

Invoeren trekkingsrechten
De invoering van trekkingsrechten zorgt ervoor dat controle-activiteiten meer naar voren worden gehaald. Door de invoering van trekkingsrechten kan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) vooraf alle betalingen aan zorgverleners controleren op bijvoorbeeld onderliggende contracten en overeenkomsten. Daarnaast verminderen de financiële mogelijkheden om PGB-gelden voor andere doeleinden dan de inkoop van zorg te gebruiken. De budgethouder ontvangt het PGB immers niet meer op zijn eigen rekening.

Trekkingsrechten dragen bij aan het verminderen van de mogelijkheden tot fraude, maar kunnen fraude niet volledig voorkomen. Het systeem van trekkingsrecht wordt gefaseerd ingevoerd. Het is van belang dat op korte termijn de mogelijkheden voor aanpak van fraude met trekkingsrecht volledig benut worden.

Begin 2015 deden zich problemen voor met de uitbetaling van PGB's via trekkingsrecht door de Sociale Verzekeringsbank en met de bereikbaarheid van de SVB. Daarop heeft de staatssecretaris noodmaatregelen genomen om de uitbetalingen van de PGB doorgang te laten vinden in het belang van de PGB-cliënt. Er is besloten om niet alle zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen vooraf te laten goedkeuren (controlecyclus), maar de gelden in het geval van (dreigende) uitbetalingsproblemen direct te laten uitbetalen. Het gevolg hiervan is dat voor die gevallen de controlecyclus doorbroken is, immers de zorgbeschrijvingen en zorgovereenkomsten zijn dan vooraf niet in alle gevallen niet goedgekeurd door de SVB en het zorgkantoor. Door het wegvallen van een adequate controle(cyclus) is het mogelijk dat er onrechtmatige uitbetalingen plaatsvinden aan zorgverleners. De NZa is van mening dat achteraf voldoende en toereikende controlemiddelen dienen te worden ingezet door de zorgkantoren en de SVB om de financiële rechtmatigheid van deze uitbetaalde bedragen te waarborgen.

PGB voorziet in zorgbehoefte
Uit het onderzoek blijkt tot slot dat het PGB een belangrijk instrument is om in de zorgvraag te voorzien. In 80% van de gevallen wordt de zorg via het PGB geleverd omdat er geen andere mogelijkheden zijn om de benodigde zorg te leveren. Ook uit de huisbezoeken komen positieve voorbeelden naar voren van de manier waarop een PGB kan voorzien in de zorgvraag.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS

- De NZa beveelt de wetgever aan om het juridisch mogelijk te maken dat de zorgkantoren de frauderende zorgverleners rechtstreeks kunnen aanspreken tot terugbetaling. In de huidige situatie wordt teruggevorderd bij de budgethouder indien de zorgverlener fraudeert.
- Om de fraudebestendigheid van de PGB-regeling verder te verbeteren adviseert de NZa de wetgever om het juridisch mogelijk te maken voor zorgkantoren om zorgvuldig afgewogen en proportionele toelatingseisen in de toekenningsbeschikking op te nemen, zodat zorgkantoren een PGB kunnen toekennen onder voorwaarden. De zorgkantoren dienen daarbij zorgvuldig en proportioneel te werk te gaan.
- De zorgkantoren hebben zelf geen financiële prikkels om fraude op te sporen, behalve het uitvoeren van hun wettelijke taak. In het systeem dienen goede (financiële) prikkels aanwezig te zijn voor de zorgkantoren om tijdig te controleren op fraude en om achteraf opgespoorde fraude te melden. Bij de verkenning van deze mogelijkheden denken wij graag mee.
- De NZa adviseert het ministerie van VWS om in de regelgeving maatregelen op te nemen voor het geval budgethouders onrechtmatig uitbetaalde of niet volledig bestede PGB-gelden niet terugbetalen. In de huidige situatie kunnen zorgkantoren geen sancties treffen bij niet-terugbetaling.
- Het is wenselijk dat het ministerie van VWS duidelijkheid verschaft over de wijze waarop zorgkantoren afboekingen van langlopende oninbare vorderingen moeten verantwoorden en waaruit deze moeten worden bekostigd.
- Een zorgkantoor kan volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) niet worden beschouwd als ‘financiële instelling’ en daardoor geen rechtstreekse registraties doen. De NZa adviseert om het PIFI juridisch te verruimen zodat zorgfraudes door het zorgkantoor eveneens rechtstreeks geregistreerd kunnen worden.
- De NZa adviseert het ministerie van VWS om de bevindingen en conclusies uit dit rapport te betrekken bij de verdere vormgeving van de PGB-regelingen in de vier domeinen waarin een PGB in 2015 mogelijk is, namelijk de Wmo, Jeugdwet, Zvw en Wlz.[5]

Aanbevelingen Zorverzekeraars Nederland (ZN)

- Om ervoor te zorgen dat alle zorgkantoren op dezelfde wijze handelen bij het toekennen van een PGB onder voorwaarden, adviseert de NZa ZN om hiervoor richtlijnen op te stellen.
- Om ervoor te zorgen dat alle zorgkantoren de huisbezoeken op dezelfde wijze uitvoeren en hierover rapporteren, adviseert de NZa ZN om hiervoor richtlijnen op te stellen. Hierdoor wordt bewerkstelligd dat de budgethouders bij alle zorgkantoren op dezelfde wijze behandeld worden.

Aanbevelingen zorgkantoren

- De NZa adviseert de zorgkantoren om de bewuste-keuzegesprekken en huisbezoeken voort te zetten. Beide instrumenten ondersteunen de zorgkantoren om incapabele en/of potentieel malafide PGB-aanvragers te signaleren. Daarbij is het van belang dat zorgkantoren op een uniforme wijze beoordelen of er sprake is van een frauderisico

---

[5] Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige Zorg (Wlz).

en/of vermoeden van fraude, en welke vervolgacties zij hieraan verbinden. Eenduidigheid in de vastlegging van de uitkomsten vergroot de vergelijkbaarheid van fraudecijfers.
- De NZa adviseert de zorgkantoren om bij zorgaanbieders, bemiddelingsbureaus of belangenbehartigers waarbij de zorgkantoren op basis van signalen of andere aspecten onrechtmatigheden (of fraude) vermoeden de totale populatie budgethouders van die partijen te controleren. Hierbij moet rekening worden gehouden met geldende juridische kaders, bijvoorbeeld op het gebied van controle, proportionaliteit en privacy. De NZa is van mening dat zorgkantoren in alle gevallen van vermoedelijke fraude en/of misbruik en oneigenlijk gebruik van PGB-gelden een nadere analyse dienen te starten en in voorkomende gevallen een onderzoek moeten starten.
- Het verdient aanbeveling om één partij aan te wijzen die de incassowerkzaamheden namens alle zorgkantoren uitvoert, omdat dit efficiënter is en daarmee alle bedragen op dezelfde wijze worden geïncasseerd. Het initiatief dat enkele zorgkantoren en de SVB hierin al nemen vindt de NZa positief.
- Het verdient aanbeveling dat de zorgkantoren gedurende de looptijd van een fraudeonderzoek aanvullende eisen stellen aan de voortzetting van het PGB.
- De zorgkantoren dienen het Incassoprotocol waarin de uit te voeren werkzaamheden voor het innen van openstaande vorderingen zijn vastgelegd, op te stellen voor verantwoordingsjaar 2015, of de oude regeling te verlengen. Dit om ervoor te zorgen dat zorgkantoren zich blijven inspannen om openstaande vorderingen te innen. Het incassoprotocol moet behalve op budgethouders ook van toepassing worden op (onrechtmatig uitbetaalde gelden aan) zorgverleners. Zie hiervoor de eerdere aanbeveling over het rechtstreeks kunnen aanspreken van zorgverleners.

Intensivering voortzetten in alle domeinen
Tot slot adviseert de NZa om de bewuste-keuzegesprekken en huisbezoeken voort te zetten door de gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren binnen alle domeinen (Wmo, Jeugdwet, Zvw en Wlz).

De NZa is van mening dat het hanteren van een dataset over alle domeinen (PGB in de Zvw, Wmo en de Wlz) meerwaarde kan bieden en adviseert daarom om de mogelijkheden voor domeinoverstijgende data-analyses te onderzoeken en daar waar mogelijk te implementeren.

Vervolg
De NZa blijft in haar reguliere jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de Wlz (prestatiemeting) aandacht besteden aan de controles die de zorgkantoren uitvoeren. De NZa rapporteert hierover in het Samenvattend rapport AWBZ/Wlz.

1. Inleiding

1.1 Vervolg onderzoek 2013

De afgelopen jaren is op forse schaal misbruik gemaakt van de PGB-regeling.[6] Daarom heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) eind 2012 een aantal maatregelen voorgesteld om de aanpak van PGB-fraude op korte en lange termijn te intensiveren.[7] Naar aanleiding van deze intensiveringsmaatregelen heeft de NZa haar toezicht op de aanpak van PGB-fraude verscherpt. Daartoe is de NZa in 2013 een onderzoek gestart naar de wijze waarop de zorgkantoren invulling geven aan de intensiveringsmaatregelen en wat de resultaten hiervan zijn. Dit onderzoek is gesplitst in twee fasen. De eerste fase bestaat uit kwalitatief onderzoek naar de uitvoering van intensiveringsmaatregelen door de zorgkantoren. Over deze eerste fase, die in 2013 is afgerond, heeft de NZa begin 2014 gerapporteerd (zie Tussenrapportage Thematisch onderzoek Persoonsgebonden budget, 2014, op www.nza.nl). De belangrijkste bevindingen en conclusies van dit onderzoek zijn opgenomen in hoofdstuk 2 van dit rapport.
In 2014 heeft de NZa de tweede fase van het onderzoek uitgevoerd. In deze tweede fase zijn de effecten van de intensiveringsmaatregelen in kaart gebracht en daar waar mogelijk gekwantificeerd. Het voorliggende rapport bevat de resultaten van deze tweede onderzoeksfase.

1.2 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is:
Inzicht verschaffen in de effecten van de intensiveringsmaatregelen die door de zorgkantoren worden uitgevoerd voor de aanpak van fraude met PGB's.

1.3 Onderzoek aanpak

Het onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen:
- De uitvoering van de intensiveringsmaatregelen voor de aanpak van PGB-fraude door de zorgkantoren. Daarbij gaat het om de volgende maatregelen:
  - Bewuste-keuzegesprekken (hoofdstuk 4);
  - Huisbezoeken (hoofdstuk 5);
  - Opzet trekkingsrechtensysteem (hoofdstuk 9).
- Verdiepende vragen over de aanpak van PGB-fraude bij het reguliere jaarlijkse onderzoek naar de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ (prestatiemeting, hoofdstuk 8). Deze verdiepende vragen hebben betrekking op:
  - Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking;
  - De uitvoering van de werkzaamheden in het PGB-proces.

Om het effect van bovenstaande intensiveringsmaatregelen inzichtelijk te maken en daarnaast ook middelen beschikbaar zijn gesteld aan de zorgkantoren om deze intensiveringsmaatregelen in te voeren, zijn vervolgens de volgende onderdelen onderzocht:
- De kosten van de PGB-regeling (hoofdstuk 3);

---

[6] Zie bijvoorbeeld 'Fenomeenonderzoek PGB-fraude in Nederland', Inspectie SZW.
[7] Brief 2 december 2012 (kenmerk DLZ-KZ-U-3141826).

- De PGB-fraudedossiers van zorgkantoren (hoofdstuk 6).
- De openstaande vorderingen PGB (hoofdstuk 7).

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van:
- Interviews met de zorgkantoren;
- Het analyseren van de opgevraagde data[8] bij de zorgkantoren;
- Dossieronderzoek bij de zorgkantoren;
- Interviews met ketenpartijen (Per Saldo[9], Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), Inspectie SZW, SVB servicecentrum PGB, Zorginstituut Nederland (ZiNL) en CAK).

Het onderzoek is uitgevoerd bij alle zorgkantoren.[10] Een aantal zorgkantoren dat binnen concernverband opereert heeft binnen het concern het PGB-proces op dezelfde manier ingericht en voert de werkzaamheden gezamenlijk uit. In die gevallen zijn deze in het onderzoek als één partij beschouwd waardoor het totale aantal controleobjecten uitkomt op acht.

1.4 Leeswijzer

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de belangrijkste conclusies uit de tussenrapportage uit 2014 en de follow up die hieraan is gegeven. Hoofdstuk 3 schetst het kader van de PGB-regeling.

Hoofdstuk 4 geeft de bevindingen uit de bewuste-keuzegesprekken weer. In hoofdstuk 5 komen de uitkomsten van de huisbezoeken aan de orde. In hoofdstuk 6 is ingegaan op de fraudedossiers en de leerpunten die daaruit getrokken kunnen worden. De aandachtpunten die uit de rechtspraak komen worden hierin meegenomen.

Hoofdstuk 7 gaat in op de ontwikkelingen in de PGB-vorderingen en ouderdom van deze posten. De uitkomsten van de verdiepende vragen uit de prestatiemeting AWBZ zijn weergegeven in hoofdstuk 8.

In de laatste hoofstukken is aandacht besteed aan de ontwikkelingen die in 2014 in gang zijn gezet en vanaf 2015 voor de gehele PGB-regeling gelden. Trekkingsrecht komt aan bod in hoofdstuk 9. Ten slotte geeft hoofdstuk 10 een toelichting op de veranderingen in het PGB-proces als achtergrondinformatie voor het onderzoek.

---

[8] De NZa heeft de zorgkantoren via een informatieverzoek verzocht data aan te leveren over huisbezoeken, bewuste-keuzegesprekken en algemene informatie over budgethouders. Een deel van deze data is aangeleverd via Vektis, het landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars.

[9] Per Saldo is een belangenvereniging van en voor mensen die hun zorg en begeleiding zelf willen regelen met een PGB.

[10] Voor de uitvoering van de AWBZ-taken fungeren 11 zorgverzekeraars als zogenoemde zorgkantoren. Zij zijn als het ware de 'beheerders' van het zorgkantoor in 'hun zorgkantoorregio'. Een zorgkantoor voert de AWBZ uit namens de AWBZ-verzekeraars, de zorgaanbieders leveren de daadwerkelijke zorg aan de cliënt.

2. Terugblik tussenrapportage 2013

In maart 2014 heeft de NZa een tussenrapportage over de aanpak van PGB-fraude uitgebracht.[11] De belangrijkste bevindingen uit het in 2013 uitgevoerde kwalitatieve onderzoek zijn:

- In de huidige situatie sluiten de methode van indicatiestelling door het CIZ en de indicatie zelf niet altijd aan bij de zorgvraag van de budgethouder. Hierdoor is het mogelijk dat niet passende indicaties worden verstrekt en cliënten ten onrechte een PGB ontvangen. Zorgkantoren voeren een beperkt aantal controles uit op de verstrekte PGB's. Controle gebeurt vooral aan de hand van de administratieve verantwoording die de budgethouders indienen.
- Door ruimte in de regelgeving kunnen zorgkantoren niet goed beoordelen of de zorg die de budgethouder heeft ingekocht onder de AWBZ valt of niet. De PGB-regeling biedt de ruimte om de ingekochte zorg op meerdere manieren te interpreteren.
- Budgethouders kunnen voor een aantal zorgfuncties de kwaliteit van de zorg moeilijk beoordelen.
- Voor PGB-zorg worden vaak tarieven gedeclareerd die gelden voor professionele zorgaanbieders, terwijl de zorg wordt geleverd door niet-professionele zorgaanbieders zoals familieleden en vrienden. In de PGB-regeling zoals die gold in 2013 was dit toegestaan, waardoor het hanteren van hoge tarieven voor niet professionele zorg niet aan te merken was als fraude. Zorgkantoren ervaren dit echter als onwenselijk. In 2014 zijn lagere maximumtarieven ingevoerd voor zorg geleverd door niet-professionele aanbieders in de PGB-regeling.
- Zorgkantoren gebruiken bewuste-keuzegesprekken als instrument om incapabele en/of potentieel malafide PGB-aanvragers te signaleren.

De bevindingen uit 2013 zijn onverminderd van toepassing over 2014 omdat er nog geen wijzigingen in de regeling en het proces zijn aangebracht (met uitzondering van de invoering van maximumtarieven).

De belangrijkste conclusies uit de tussenrapportage zijn:

- De NZa is van mening dat zorgkantoren het aantal controlemomenten moeten verhogen om fraude sneller te ontdekken. Daarnaast moeten zij verschillende controlemethoden naast elkaar gebruiken, zoals data-analyses en het bezoeken van risicogroepen naast de administratieve controles.
  Bij het vervolgonderzoek zou de NZa de mogelijkheden voor aanscherping van de regelgeving over controles bekijken.
  - <u>Vervolg op tussenrapportage:</u> Het ministerie van VWS heeft in samenspraak met alle ketenpartijen, waaronder de NZa, een rechtmatigheidsbrief opgesteld waarin kaders voor een rechtmatige uitvoering van PGB-regeling zijn gegeven.[12] Hierin zijn handvatten voor het uitvoeren van een rechtmatige controle PGB weergegeven voor de Wlz. In de overige domeinen ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij de zorgverzekeraars en gemeenten. De NZa is van mening dat voldoende controlewerkzaamheden uitgevoerd moeten worden in alle domeinen en blijft aandacht vragen om de controles voort te zetten en verder uit te breiden.

---

[11] Tussenrapportage Thematisch onderzoek PGB, maart 2014 op www.nza.nl
[12] Brief 'Rechtmatigheid PGB-uitgaven van zorgkantoren bij trekkingsrechten' d.d. 17 juni 2014 met kenmerk 383962-122249-LZ.

- Om de rechtmatigheid van de verstrekte PGB-subsidies te waarborgen moet het zorgkantoor passende beheersmaatregelen kiezen, die gebaseerd zijn op een adequaat opgestelde risicoanalyse. Daarbij maakt het zorgkantoor minimaal gebruik van de controlemaatregelen zoals verwoord in het controleprotocol PGB van het ZiNL. Bij het uitvoeren van de controles is niet alleen de kwantiteit van uitgevoerde controles van belang maar zeker ook de kwaliteit van de uitvoering. Een kritische houding bij het uitvoeren van de controlemaatregelen is dan ook essentieel om deze doelstelling te realiseren.
  Bij het vervolg van het onderzoek zou de NZa de kwaliteit van de uitgevoerde controles en hiervoor noodzakelijke kritische houding van zorgkantoren verder beoordelen.
  - <u>Vervolg op tussenrapportage:</u> De NZa heeft in het reguliere jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ (prestatiemeting) aandacht besteed aan de uitgevoerde controles (hierbij gaat het om de prestatie-indicatoren PI2 en PI8).[13] De NZa heeft hierbij een lichte verbetering in vergelijking met 2013 geconstateerd. Dat neemt niet weg dat de NZa nog steeds van mening is dat zorgkantoren kritischer mogen zijn naar hun controle-aanpak.

- Zeven van de elf zorgkantoren moeten naar mening van de NZa de uitvoering van intensieve controles en de daarbij gehanteerde risicoanalyse verbeteren. De risicoanalyse dient continu te worden aangepast aan veranderingen in het PGB-proces (dynamische risicoanalyse).
  De NZa zou de uitvoering van dit verbeterpunt bij het onderzoek 2013 aan de hand van de prestatiemeting 2013 beoordelen.
  - <u>Vervolg op tussenrapportage:</u> De intensieve controle is in 2014 vervangen door een administratief vooronderzoek (AVO) als onderdeel van huisbezoek. Voor het uitvoeren van huisbezoeken is een kader opgesteld waaraan zorgkantoren zich moeten houden. Zorgkantoren hebben de huisbezoeken – binnen de voorgeschreven kaders – ieder op hun eigen manier uitgevoerd.[14] De NZa is van mening dat zorgkantoren - naast de huisbezoeken - bij hun controlewerkzaamheden een risicoanalyse moeten gebruiken die continu wordt bijgesteld op basis van veranderingen in risico's en regelgeving (dynamische risicoanalyse). Zorgkantoren moeten de informatie die uit data-analyse naar voren komt betrekken bij de opzet van de risicoanalyse.

- Zorgkantoren moeten volgens de NZa de aanvraagdocumenten voor een PGB kritischer controleren. Ook kunnen zij meer gebruik maken van het budgetplan als instrument om mogelijke fraude te onderkennen. Door vooraf meer informatie op te vragen over de geplande zorginkoop kunnen zij verdachte signalen tijdig signaleren. De NZa zou de uitvoering van dit verbeterpunt bij het onderzoek 2013 aan de hand van de prestatiemeting 2013 beoordelen.
  - <u>Vervolg op tussenrapportage:</u> De NZa heeft geconstateerd dat zorgkantoren de aanvragen voor een PGB kritischer hebben beoordeeld, in het bijzonder doordat zij meer hebben doorgevraagd bij de bewuste-keuzegesprekken. Het kritisch beoordelen van documenten is een blijvend aandachtspunt voor zorgkantoren.

---

[13] Zie Samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2013, op www.nza.nl

[14] In hoofdstuk 5 is aandacht besteed aan de wijze waarop de zorgkantoren invulling hebben gegeven aan het project 'huisbezoeken'.

- Zorgkantoren hebben onvoldoende juridische gronden om PGB-aanvragen te weigeren. Dit blijkt uit de bewuste-keuzegesprekken die zorgkantoren in 2013 met budgethouders hebben gevoerd.
  De NZa zou de oorzaak van de tekortkomingen bij de toepassing van weigeringsgronden door zorgkantoren in 2014 verder onderzoeken.
  - Vervolg op tussenrapportage: In 2014 is een aantal weigeringsgronden aan de PGB-regeling toegevoegd. De weigeringsgronden zijn overgenomen in de Wlz, echter niet in de andere domeinen. De NZa is van mening dat zorgkantoren hiermee over onvoldoende juridische gronden beschikken om PGB-aanvragen te weigeren. Zie verder hoofdstuk 4 voor de bevindingen van het vervolgonderzoek naar de weigeringsgronden.

- De voorlichting aan budgethouders is verbeterd doordat diverse instanties (o.a. ZiNL, CIZ en de zorgkantoren) hun informatievoorziening beter op elkaar hebben afgestemd. Dit neemt niet weg dat de informatievoorziening voor verdere verbetering vatbaar is.
  De NZa riep partijen op om de voorlichting verder te verbeteren en zal de ontwikkeling hierin blijven volgen.
  - Vervolg op tussenrapportage: De NZa heeft geconstateerd dat de voorlichting aan budgethouders over wijzigingen in het PGB-systeem in 2015 te laat op gang is opgekomen. Dit is veroorzaakt doordat de samenwerking tussen de zorgkantoren en het ministerie van VWS niet tijdig op gang is gekomen. Dit heeft geleid tot onduidelijkheid bij de PGB-houders. De NZa adviseert zorgkantoren en andere betrokken partijen om de tijdigheid van de informatievoorziening te verbeteren. Daarnaast is van belang om duidelijk vast te leggen hoe voorlichting in 2015 aan budgethouders gaat plaatsvinden en wie hiervoor verantwoordelijk is. Ten slotte is het van belang dat ook niet teveel informatie verstrekt wordt en dat die waar mogelijk voor de budgethouder specifiek gemaakt wordt (cliëntvriendelijkheid). Hierbij is de samenwerking tussen verschillende organisaties in de voorlichting noodzakelijk om PGB-fraude te voorkomen.

- Het voorgestelde systeem van trekkingsrechten is een instrument om de PGB-regeling op lange termijn fraudebestendiger te maken. Trekkingsrechten kunnen fraude als gevolg van ‘weeffouten’ in het stelsel echter niet voorkomen. Dergelijke weeffouten hangen samen met ruimte in de regelgeving waardoor regels op verschillende manieren kunnen worden geïnterpreteerd.
  - Vervolg op tussenrapportage: Deze conclusie uit de tussenrapportage blijft onverminderd van kracht aangezien het systeem ongewijzigd is gebleven. Bovendien blijft het mogelijk om PGB-gelden te onttrekken door bijvoorbeeld het indienen van valse facturen.

- De NZa zou de rol van de zorgkantoren bij invoering van de trekkingsrechten blijven volgen.
  - Vervolg op tussenrapportage: De NZa heeft periodiek gesprekken met de SVB over de invoering van trekkingsrechten en de problemen en knelpunten die zich daarbij voordoen. Daarnaast spreekt de NZa met de zorgkantoren als primair verantwoordelijken voor de uitvoering van het proces over de problemen die zij ervaren bij de invoering van trekkingsrechten. In hoofdstuk 9 komt de invoering van trekkingsrechten verder aan de orde.

3. De PGB-regeling in cijfers

3.1 Inleiding

In de hiernavolgende hoofdstukken zijn de intensiveringsmaatregelen (bewuste-keuzegesprekken en huisbezoeken) beschreven die zorgkantoren in 2013 hebben uitgevoerd om de aanpak van PGB-fraude en daarmee de kosten van de regeling te beperken.

Om te onderzoeken wat het effect is geweest van deze in 2013 uitgevoerde intensiveringsmaatregelen op de kosten van de PGB-regeling is gekeken naar:
- Het verschil tussen het aantal verstrekte PGB's in 2012 en in 2013;
- Het verschil tussen de totale PGB-kosten in 2012 en 2013 in totaal en per concessiehouder.[15]

3.2 Ontwikkelingen in de cijfers

De gemiddelde kosten van de PGB-regeling worden bepaald door het aantal budgethouders en het totale budget dat aan PGB uitgeven is. De kosten van de PGB-regeling zijn sinds 2010 jaarlijks gestegen, van circa € 2,2 miljard in 2010 tot circa € 2,8 miljard in 2013 (zie tabel 1).
Uit deze tabel blijkt dat het aantal budgethouders sinds 2012 is afgenomen en dat de gemiddelde hoogte van het PGB is toegenomen. De hoogte van het PGB hangt af van de zorgvraag van de cliënt: een hogere zorgvraag betekent een hoger PGB. De stijging van de gemiddelde hoogte van het PGB duidt erop dat de personen die in 2013 en 2014 een PGB hebben, mensen zijn met een hogere zorgvraag. In 2013 heeft 0,7% van de Nederlandse bevolking een PGB.

Tabel 1: Aantal budgethouders, budget en gemiddeld budget

Jaartal	Totaal budget	Budgethouders (n)	Gemiddeld budget
2010	€ 2.160.000.000	126.000	€ 17.000
2011	€ 2.255.000.000	133.000	€ 17.000
2012	€ 2.459.000.000	133.000	€ 18.000
2013	€ 2.753.000.000	124.000	€ 22.000
2014	€ 2.704.000.000	120.000	€ 23.000

Bron: Zorginstituut Nederland (ZiNL)[16]

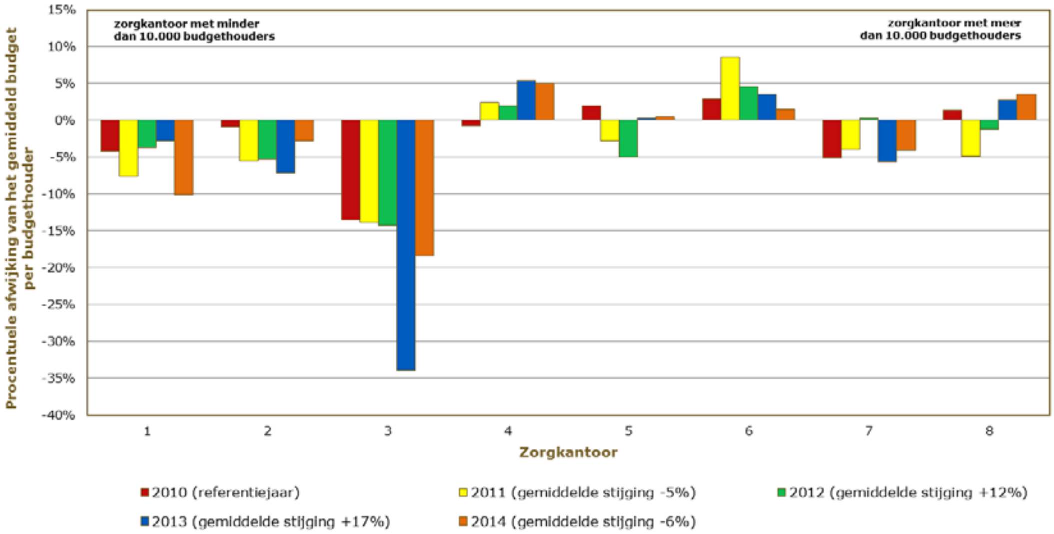
Toelichting: Het budget 2012 is inclusief vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ). Het budget 2014 heeft als pijldatum 30 juni 2014. Het aantal budgethouders is gemeten op 30 juni van het betreffende jaar.

De verdeling van de budgethouders over de zorgkantoren is de afgelopen vijf jaar constant. Tussen zorgkantoren zijn verschillen in het gemiddeld budget per budgethouder. Bij zorgkantoren met een budgethouderspopulatie van minder dan 10.000 budgethouders is het gemiddeld PGB per budgethouder gemiddeld 3% lager dan bij

[15] Voor de uitvoering van de AWBZ-taken fungeren 12 zorgverzekeraars als zogenoemde concessiehouders. Zij zijn als het ware de 'beheerders' van het zorgkantoor in 'hun zorgkantoorregio'. Een zorgkantoor voert de AWBZ uit namens de zorgverzekeraars, de AWBZ-zorgaanbieders leveren de daadwerkelijke zorg aan de cliënt.
[16] Informatie afkomstig uit Monitor Beheerskosten AWBZ 2013 | 22 september 2014.

zorgkantoren met een grotere budgethouderspopulatie. Het is niet duidelijk wat hiervan de oorzaak is. Zie hiervoor ook figuur 1.

Figuur 1: Ontwikkeling per zorgkantoor gemiddeld PGB-budget per budgethouder



Bron: NZa

3.3 Beheerskosten

De zorgkantoren ontvangen beheerskostenvergoeding ter dekking van de kosten die zij maken voor de uitvoering van de AWBZ (inclusief PGB). De bedrijfskosten bestaan uit personeelskosten, huisvestingskosten, automatiseringskosten en overige bedrijfskosten.

Het totale beheerskostenbudget voor 2013 is nagenoeg gelijk aan het budget van 2012, namelijk € 162 miljoen. De ontwikkeling is uiteengezet in tabel 2.

Tabel 2: Ontwikkeling beheerskostenbudget 2010 – 2013 PGB

Jaartal	Beheerskostenbudget	Werkelijke beheerskosten	Werkelijke beheerskosten PGB (onderdeel van werkelijke beheerskosten)
2010	€ 159.000.000	€ 143.000.000	€ 40.000.000
2011	€ 155.000.000	€ 165.000.000	€ 47.000.000
2012	€ 163.000.000	€ 151.000.000	€ 52.000.000
2013	€ 162.000.000	€ 150.000.000	€ 51.000.000

Bron: Monitor Beheerskosten AWBZ 2013 - Zorginstituut Nederland (ZiNL)

In 2012 gebruiken de zorgkantoren de vergoeding voor hun bedrijfskosten voor onder andere globale en intensieve controles en de administratieve verwerking van PGB's. Vanaf 2013 moeten van dit bedrijfskostenbudget ook de intensiveringsmaatregelen worden uitgevoerd, met uitzondering van de huisbezoeken. In het budget 2013 is rekening gehouden met extra beheerskosten voor de uitvoering van de intensiverings-maatregelen. Voor de bewuste-keuzegesprekken is structureel € 2,4 miljoen uitgetrokken. De pilot trekkingsrechten is

opgenomen voor € 0,3 miljoen aan incidentele beheerskosten voor 2013. Het project huisbezoeken is via een aparte subsidieregeling bekostigd. Voor de huisbezoeken ontvangen de zorgkantoren een extra subsidie van € 20 miljoen.

3.3.1 Ontwikkeling in bedrijfskosten categorieën

Door de uitvoering van de intensiveringsmaatregelen verandert de besteding van het bedrijfskostenbudget: in plaats van globale en intensieve controles worden in 2013 bewuste-keuzegesprekken gevoerd, huisbezoeken uitgevoerd en bij sommige zorgkantoren werkt men met al in 2013 met een pilot[17] trekkingsrecht. Doordat de intensieve controle vervangen (wel in bedrijfskosten) is door huisbezoeken (niet in bedrijfskosten) treedt mogelijk een verschuiving op binnen de verschillende categorieën bedrijfskosten. Naar verwachting nemen de personeelskosten hierdoor af, omdat deze kosten nu ook door de projectsubsidie huisbezoeken gedekt worden. Uit onderstaande grafiek (figuur 2) blijkt dat de onderverdeling in de vier categorieën bedrijfskosten voor 2013 nagenoeg gelijk zijn gebleven. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat eind 2013 pas gestart is met huisbezoeken. In 2014 verwacht de NZa wel een ontwikkeling te zien, in vooral de personeelskosten.

Figuur 2: Ontwikkeling kostencategorieën bedrijfskosten



Bron: NZa

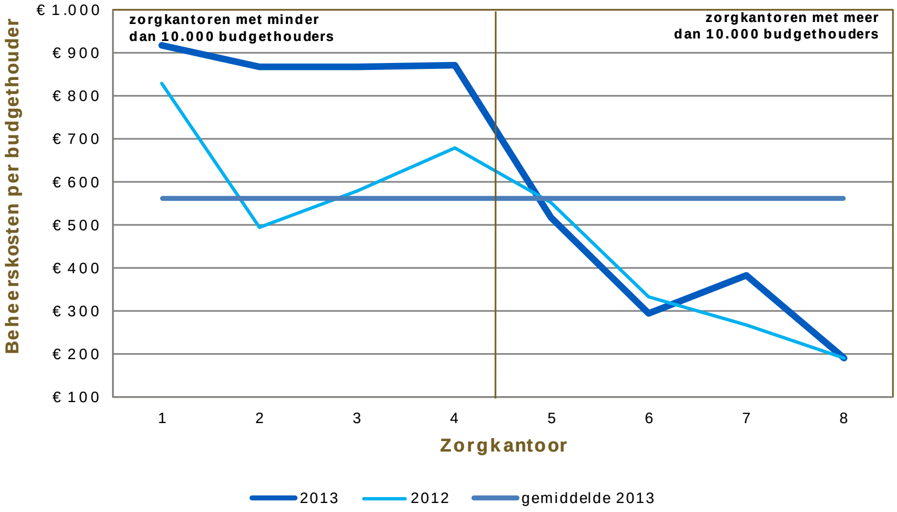
3.3.2 Bedrijfskosten per budgethouder

Uit analyse van de bedrijfskosten van de individuele zorgkantoren blijkt dat verschillen bestaan in de bedrijfskosten per budgethouder, variërend van € 190,- tot € 920,- in 2013. De grote verschillen tussen de zorgkantoren is eerder geconcludeerd in de tussenrapportage PGB. De bedrijfskosten per budgethouder zijn weergegeven in onderstaande grafiek (figuur 3).

---

[17] In 2014 hebben drie zorgkantoren de pilot trekkingsrecht gedraaid. Nieuwe budgethouders van deze zorgkantoren waren verplicht om deel te nemen aan de pilot. Bestaande budgethouders van deze zorgkantoren hebben de mogelijkheid gekregen om deel te nemen. Vanaf 2015 is trekkingsrecht verplicht voor alle budgethouders bij alle zorgkantoren.

Figuur 3: Bedrijfskosten per budgethouder 2012 en 2013



Bron: NZa

Bij zorgkantoren met minder dan 10.000 budgethouders zijn de gemiddelde bedrijfskosten in 2013 per budgethouder hoger (gemiddeld € 885) dan bij zorgkantoren met een grotere budgethouderspopulatie (gemiddeld € 350). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat grotere zorgkantoren schaalvoordelen hebben, doordat zij meer budgethouders onder beheer hebben. Andere verklaringen voor de verschillen tussen de budgethouders (range van € 190 tot € 520) met een grote budgethouderspopulatie zijn in dit onderzoek niet gevonden.

4. Bewuste-keuzegesprekken

4.1 Inleiding

Een bewuste-keuzegesprek houdt in dat voorafgaand aan de toekenning van een budget, de PGB-aanvrager wordt uitgenodigd voor een gesprek op het zorgkantoor. Zorgkantoren gebruiken bewuste keuze gesprekken om te beoordelen of de aanvrager capabel is om een PGB te beheren en om potentieel malafide aanvragers te signaleren voordat een budget wordt toegekend. Daarnaast worden bewuste-keuzegesprekken gebruikt om budgethouders voor te lichten over de mogelijkheden van zorg in natura (ZIN) en PGB. Voor het toekenningsproces van een PGB geldt een aantal stappen die zijn vastgelegd in een Handreiking, opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Volgens deze handreiking moeten zorgkantoren minimaal één keer telefonisch contact opnemen met de budgethouder om te informeren of deze nog vragen of onduidelijkheden heeft bij de verantwoording die hij over zijn budget moet opstellen.

Bij het bewuste-keuzegesprek moeten aanwezig zijn: de budgethouder zelf, zijn eventuele wettelijk vertegenwoordiger(s), en in geval van gescheiden ouders moeten beide ouders aanwezig zijn (met als reden dat beide ouders verantwoordelijk zijn als wettelijk vertegenwoordiger). Om een objectief beeld te krijgen van de situatie is het wenselijk dat de zorgverlener en het eventuele bemiddelingsbureau niet bij het gesprek aanwezig zijn.

Voor het onderzoek van de NZa naar de uitvoering van de bewuste-keuzegesprekken door de zorgkantoren heeft de NZa onderscheid gemaakt in vier type dossiers om inzicht te krijgen in mogelijke weigeringen en moeilijkheden daarbij. Overigens wordt het PGB in de meeste gevallen wel toegekend. Het gaat om de volgende dossiers;

- PGB weigering waartegen aanvrager bezwaar heeft gemaakt; de aanvraag nogmaals beoordeeld is en gegrond is verklaard.
- PGB weigering waartegen aanvrager bezwaar heeft gemaakt; de aanvraag nogmaals beoordeeld is en ongegrond is verklaard.
- PGB weigering, waarbij de aanvrager geen actie heeft ondernomen.
- PGB weigering, waarbij de aanvrager is bemiddeld naar zorg in natura (ZIN).

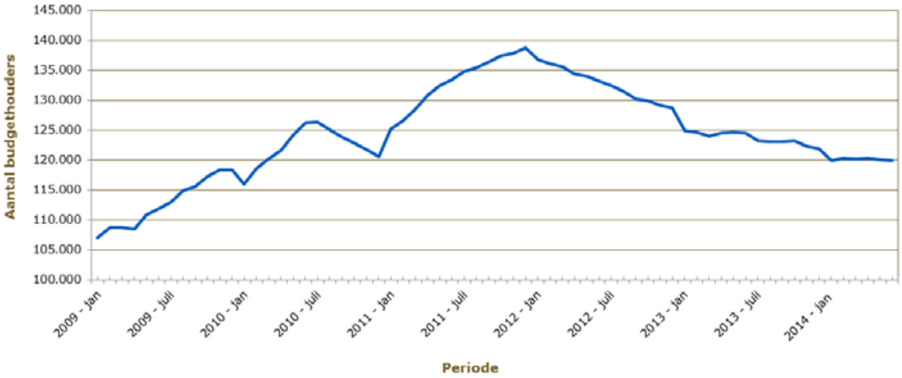
De zorgkantoren zijn vanaf 1 januari 2013 gestart met het voeren van bewuste-keuzegesprekken bij PGB-aanvragen. Van deze gesprekken leggen zij een aantal elementen vast, zoals: bekwaamheid van de aanvrager en zijn bewustzijn van rechten en plichten, reden wel PGB en geen ZIN, wie het PGB beheert, wie de administratie gaat voeren, en wat de uiteindelijke beslissing is van het zorgkantoor (wel of geen PGB toekennen).

4.2 Bevindingen

Om het effect van de invoering van bewuste keuze gesprekken begin 2013 op de toetreding tot de PGB-regeling te onderzoeken is gekeken naar het verschil tussen het totaal aantal budgethouders in de afgelopen jaren, vooral tussen 2012 en 2013.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 is het aantal budgethouders de afgelopen jaren afgenomen (zie onderstaande figuur 4). Mogelijk heeft de invoering van bewuste-keuzegesprekken potentiële fraudeurs afgeschrikt om een PGB aan te vragen. Daarnaast heeft mogelijk de invoering van het 10-uurs criterium hieraan bijgedragen.[18]

Figuur 4: Ontwikkeling aantal budgethouders



Bron: NZa

4.2.1 Uitkomsten bewuste keuze gesprek

In de periode 1 januari 2013 tot en met 1 juli 2014[19] hebben de zorgkantoren in totaal 14.300 bewuste keuze gesprekken gevoerd.[20] Uit deze gesprekken blijkt het volgende:

- 3% van de aanvragers heeft na weigering van het PGB géén actie ondernomen. Dat betekent dat geen zorg wordt geleverd, noch in natura, noch via het PGB. Omdat aanvragers na weigering geen actie hebben ondernomen kan twijfel ontstaan over de noodzaak van de PGB-aanvraag en/of aan de intentie voor de vraag naar zorg.
- Bij één derde van de gesprekken blijkt dat de aanvrager niet bekwaam[21] en niet in staat is om zelfstandig een PGB te beheren;
- Bij een kwart van de gesprekken blijkt de aanvrager niet op de hoogte te zijn van de rechten en plichten die verbonden zijn aan een PGB.

4.2.2 Keuze voor PGB

Bij het bewust keuze gesprek wordt aandacht besteed aan de reden waarom gekozen is voor het aanvragen van een PGB. Mogelijke redenen kunnen zijn:

- De zorgverlener levert de zorg uitsluitend via een PGB-constructie.
- Zorg in natura (ZIN) is niet op onregelmatige tijden en/of verschillende locaties beschikbaar.
- De aanvrager heeft slechte ervaringen met ZIN.

---

[18] Mensen die in 2013 voor het eerst zorg aanvragen moeten voldoen aan de 10-uursmaatregel. Hebben meerdere gezinsleden een PGB, dan mogen de uren bij elkaar opgeteld worden. De 10-uursmaatregel geldt niet voor budgethouders die ook een indicatie hebben voor persoonlijke verzorging of verpleging.

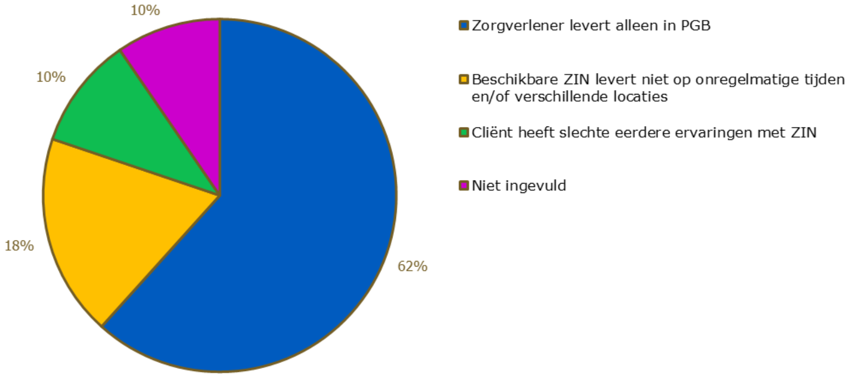
[19] De gegevens van het tweede half jaar 2014 heeft de NZa sinds kort in bezit, waardoor deze zijn meegenomen in dit onderzoek. De NZa rapporteert in het samenvattend rapport AWBZ of alle huisbezoeken zijn uitgevoerd door de zorgkantoren.

[20] Niet alle zorgkantoren hebben gedurende het gehele proces op een eenduidige manier geregistreerd.

[21] Een aanvrager is niet bekwaam als deze bijvoorbeeld de Nederlandse taal niet beheerst, een GGZ-indicatie heeft, verstandelijk gehandicapt, dementerend of verslaafd is zonder dat er andere personen in de directe omgeving zijn die de aanvrager bij het PGB-beheer kunnen ondersteunen. Het zorgkantoor dient per budgethouder individueel te beoordelen of de budgethouder bekwaam is om een PGB te voeren. Er zijn geen harde eisen om bekwaamheid vast te kunnen stellen.

Uit de ontvangen data kan worden afgeleid dat in ongeveer twee derde van de gevallen (62%, zie onderstaand cirkeldiagram) gekozen wordt voor een PGB omdat de zorgverlener alleen de zorg kan aanbieden via een PGB-constructie. In ongeveer 20% van de gevallen geeft de aanvrager aan dat er mogelijkheden zijn voor zorg in natura, maar dat deze niet op de benodigde onregelmatige tijden en locaties kan worden geleverd. In 10% van de gevallen geeft de aanvrager aan dat hij/zij slechte ervaringen heeft met ZIN en daarom kiest voor een PGB. In 80% van de gevallen wordt de zorg via een PGB geleverd omdat er geen andere mogelijkheden zijn om in de zorgvraag te voorzien. Het PGB lijkt daarmee een belangrijk instrument voor het leveren van zorg.

Figuur 5: Keuze voor een PGB (2013 + eerste helft 2014)

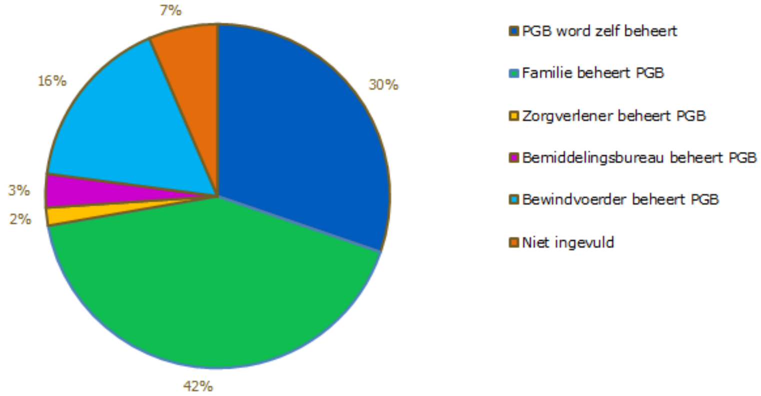


Bron: NZa

4.2.3 Beheer PGB

Vervolgens is het de vraag of aanvrager in staat is om het PGB zelfstandig te beheren of dat hij hierbij hulp van anderen nodig heeft (zoals familie, zorgverlener, bemiddelingsbureau, bewindvoerder etc.). In onderstaand cirkeldiagram is aangegeven wie het PGB gaat beheren. Daaruit blijkt dat in ongeveer 75% van de gevallen het PGB wordt beheerd door de budgethouder zelf (30%) of door de familie (42%). In 16% is een bewindvoerder aangesteld die het budget beheert. In 5% van de gevallen gaat een bemiddelingsbureau of zorgverlener het PGB beheren. Omdat de budgethouder hierbij de regie volledig uit handen geeft, bestaat het risico dat het PGB gebruikt wordt voor andere doeleinden dan voor de inkoop van zorg.

Figuur 6: Wie gaat de PGB beheren? (2013 + eerste helft 2014)



Bron: NZa

Op basis van het bewuste-keuzegesprek neemt het zorgkantoor de beslissing om het PGB toe te kennen of te weigeren. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat in ongeveer drie/vierde van de gevallen het PGB wordt toegekend. In de overige 25% van de gevallen gaat het om drie mogelijkheden, namelijk:
- Het PGB wordt geweigerd (gemiddeld 5%), of;
- Het PGB wordt toegekend 'onder voorwaarden' (gemiddeld 13%), of;
- De uitkomsten van het gesprek zijn nog niet ingevuld (gemiddeld 7%).

4.2.4 Weigering PGB

Zorgkantoren kunnen een PGB-aanvraag alleen weigeren op basis van de weigeringsgronden die zijn opgenomen in de PGB-regeling. In 2013 waren de volgende weigeringsgronden in de regeling opgenomen[22]:
- De budgethouder (of bij een minderjarige budgethouder: de wettelijke vertegenwoordiger(s)) heeft surseance van betaling aangevraagd of is failliet verklaard.
- De budgethouder (of bij een minderjarige budgethouder: de wettelijke vertegenwoordiger(s)) zit in de schuldsanering of een verzoek daartoe is ingediend.
- De budgethouder heeft zich bij de verstrekking van een eerder toegekende PGB niet gehouden aan zijn verplichtingen.
- Een gegronde reden om aan te nemen dat de subsidieactiviteiten, de betaling van zorg vanuit het PGB, niet of niet geheel zullen plaatsvinden bestaat.
- Een gegronde reden om aan te nemen dat de aanvrager niet zal voldoen aan de aan het PGB verbonden verplichtingen bestaat.
- Een gegronde reden om aan te nemen dat de aanvrager niet op een behoorlijke wijze rekening en verantwoording zal afleggen over de besteding van het PGB bestaat.
- De aanvrager heeft bij de aanvraag geen, onjuiste of onvolledige (benodigde) gegevens verstrekt.
- Binnen het financiële kader is geen ruimte om een PGB te verstrekken.

In 2014 zijn hieraan[23] drie weigeringsgronden toegevoegd, te weten:
- De aanvrager is naar het oordeel van het zorgkantoor niet in staat te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer de aan een persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (artikel 2.6.4. lid o).
- De aanvrager is naar het oordeel van het zorgkantoor niet in staat te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer de door hem verkozen zorgverlener of zorg verlenende instantie op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg (artikel 2.6.4. lid p).
- Naar het oordeel van het zorgkantoor onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit (artikel 2.6.4. lid q).

[22] Zie regeling subsidies AWBZ paragraaf 2.6.4.
[23] In de Regeling 2014 Persoonsgebonden budget AWBZ.

Uit de tussenrapportage 2014 bleek dat zorgkantoren van mening zijn dat zij onvoldoende juridische gronden hebben om PGB-aanvragen te weigeren. Zo kunnen zij bijvoorbeeld geen aanvraag weigeren als de aanvrager onbekwaam lijkt te zijn om een PGB te beheren. Hoewel de in 2014 toegevoegde weigeringsgronden een stap in de goede richting zijn, is dit probleem hiermee niet opgelost. Het is namelijk in de praktijk niet of nauwelijks mogelijk om juridisch aan te tonen dat de aanvrager onbekwaam is.

De NZa heeft gekeken of een centrale lijn is te onderkennen in de onderzoek casuïstiek, op basis waarvan en additionele, generieke weigeringsgrond zou kunnen worden geformuleerd om ongewenste aanvragers te weigeren. Dit blijkt niet het geval; iedere casus is zo uniek dat deze niet op een en dezelfde manier kan worden samengevat in een weigeringsgrond. Daarnaast is het vanuit het perspectief van toegankelijkheid van de zorg niet wenselijk om gehele groepen aanvragers via een generieke wijze uit te sluiten van de toegang tot het PGB. Praktijkvariatie in het weigeren van PGB-aanvragen is zichtbaar: er zijn zorgkantoren die 1% van de aanvragen weigeren en zorgkantoren die 14% weigeren. Het is niet duidelijk wat de oorzaak van deze verschillen is. Dezelfde variatie is te onderkennen bij het toekennen van PGB onder voorwaarden.

Bij weigering van de PGB heeft het zorgkantoor verschillende mogelijkheden. Het zorgkantoor kan bemiddelen naar zorg in natura, dit gebeurt bij 1% van de bewust keuzegesprekken waarbij een weigering voorkomt. In 1% van de gevallen gaat de budgethouder in bezwaar tegen de beslissing van het zorgkantoor. In 3% van de gevallen neemt de budgethouder geen enkele actie op de beslissing tot weigering van de PGB-aanvraag.

4.2.5 Toekenning PGB 'onder voorwaarden'

Als het zorgkantoor de PGB-aanvraag niet direct weigert, wordt het PGB toegekend 'onder voorwaarden'. Het toekennen van een PGB onder voorwaarden varieert tussen de zorgkantoren tussen de 3% en de 18% van de gevoerde bewust keuze gesprekken.

Bij een toekenning 'onder voorwaarden' verstrekt het zorgkantoor het PGB bijvoorbeeld onder de voorwaarde dat de aanvrager ervoor zorgt dat er een derde is die hem ondersteunt bij het beheer van het PGB. Probleem hierbij is dat het zorgkantoor geen juridische mogelijkheden heeft om de naleving van de voorwaarden af te dwingen. Als de aanvrager niet aan de voorwaarden voldoet, kan het zorgkantoor geen maatregelen nemen. Om in deze leemte te voorzien adviseert de NZa om het juridisch mogelijk te maken voor zorgkantoren om zorgvuldig afgewogen en proportionele toelatingseisen in de toekenningsbeschikking op te nemen. Hiervoor is het nodig dat in de regelgeving wordt opgenomen dat zorgkantoren de bevoegdheid hebben om toelatingseisen te stellen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verplicht stellen in de toekenningsbeschikking van een bewindvoerder of een verplicht huisbezoek. Deze toelatingseisen zouden in overleg tussen zorgkantoren, VWS, NZa en ZiNL tot stand moeten komen. Om ervoor te zorgen dat alle zorgkantoren op dezelfde wijze handelen bij het toekennen van een PGB onder voorwaarden, adviseert de NZa ZN om hiervoor richtlijnen op te stellen.

4.3 Conclusies

De volgende conclusies kunnen worden getrokken naar aanleiding van de bewuste-keuzegesprekken:

- Sinds de invoering van de bewuste keuze gesprekken in 2013 is het aantal budgethouders afgenomen. Mogelijk hebben de bewuste-keuzegesprekken een afschrikeffect gehad op potentiële fraudeurs, naast landelijke maatregelen om de instroom in het PGB te beperken.
- 3% van de aanvragers heeft na weigering van het PGB géén actie ondernomen, zodat getwijfeld kan worden aan de intentie en noodzaak van de PGB-aanvraag. Dit zou erop kunnen wijzen dat de reden om de aanvraag in te dienen mogelijk niet was om PGB-zorg te krijgen.
- Bij twee derde van de gevoerde bewuste-keuzegesprekken blijkt de aanvrager niet in staat om zelfstandig een PGB te beheren. In dergelijke situaties bestaat een verhoogde kans op onrechtmatig gebruik van het PGB, omdat deze budgethouders niet in staat zijn om hun PGB-administratie te voeren. Andere personen kunnen daar misbruik van maken.
- In driekwart van de aanvragen wordt het PGB zonder nadere voorwaarden toegekend. Mede dankzij het voeren van bewuste-keuzegesprekken wordt in 20% van de aanvragen afgekeurd of toegekend onder voorwaarden. Tussen de zorgkantoren bestaat veel praktijkvariatie op de wijze waarop omgegaan is met deze afkeuringen/toekenningen met voorwaarden (variërend van 3% tot 18% toekennen met voorwaarden). Daarmee lijkt het bewuste keuze gesprek een efficiënt instrument om de PGB-regeling fraudebestendiger te maken.
- Een kwart van de aanvragers is niet op de hoogte van de rechten en verplichtingen die verbonden zijn aan het PGB. Hierdoor is kans op onrechtmatig gebruik van het PGB en/of onregelmatigheden in de administratie groter. Dit onderstreept het belang van permanente transparante voorlichting aan budgethouders door ketenpartijen (VWS, zorgkantoren, NZa, Per Saldo).
- In 80% van de gevallen wordt de zorg via het PGB geleverd omdat de cliënt geen andere mogelijkheden ziet om in zijn zorgvraag te voorzien. Het PGB lijkt daarmee een belangrijk instrument voor het leveren van zorg.

4.4 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en conclusies doet de NZa de volgende aanbevelingen:

- Om de fraudebestendigheid van de PGB-regeling verder te verbeteren adviseert de NZa de wetgever om het juridisch mogelijk te maken voor zorgkantoren om zorgvuldig afgewogen en proportionele toelatingseisen in de toekenningsbeschikking op te nemen, zodat zorgkantoren een PGB kunnen toekennen onder voorwaarden. Het stellen van voorwaarden vermindert de kans op misbruik van het PGB. Daarnaast is permanente aandacht voor de juridische weigeringsgronden voor het PGB van belang.
- Om ervoor te zorgen dat alle zorgkantoren op dezelfde wijze handelen bij het toekennen van een PGB onder voorwaarden, adviseert de NZa ZN om hiervoor richtlijnen op te stellen.
- Op basis van de onderzoeksbevindingen is de NZa van mening dat het bewuste-keuzegesprek bijdraagt aan een fraudebestendigere PGB-regeling en adviseert om de bewuste-keuzegesprekken voort te zetten binnen alle domeinen.

5. Huisbezoeken

5.1 Inleiding

Zorgkantoren moeten in 2013 en 2014 bij minimaal 20% van de totale populatie budgethouders huisbezoeken afleggen. Hiervoor hebben zij een subsidie ontvangen van in totaal ruim € 20 miljoen. Om ervoor te zorgen dat alle zorgkantoren de huisbezoeken op een uniforme, vergelijkbare manier uitvoeren heeft ZN het Protocol huisbezoeken PGB-AWBZ opgesteld. Daarin is onder andere een uniform risicoprofiel voor de selectie van budgethouders voor huisbezoeken vastgelegd en een standaard rapportageformat voor de uitkomsten hiervan. Op basis van dit risicoprofiel selecteren de zorgkantoren de budgethouders met de hoogste frauderisico's waarbij zij vervolgens op huisbezoek gaan.

In de navolgende paragrafen komen de bevindingen uit de huisbezoeken aan de orde zoals de zorgkantoren die hebben gerapporteerd.

5.1.1 Proces huisbezoeken

Het zorgkantoor stuurt de geselecteerde budgethouders een aankondigingsbrief van het huisbezoek. Daarin wordt de budgethouders gevraagd om, voorafgaand aan het bezoek, stukken aan te leveren ter onderbouwing van de budgetverantwoording. Op basis van deze stukken voert het zorgkantoor een administratief vooronderzoek uit. Dit administratief vooronderzoek dient ter voorbereiding op het huisbezoek en vervangt de reguliere 'intensieve' controles.

Zorgkantoren zijn verplicht om budgethouders minimaal één keer te rappelleren om de gevraagde stukken in te leveren. Als zij hieraan niet (volledig) voldoen moet de eventueel ontbrekende informatie tijdens het huisbezoek worden overgelegd. Budgethouders zijn niet verplicht om het huisbezoek bij hun thuis te laten plaatsvinden. Bij weigering wordt de budgethouder uitgenodigd voor een gesprek op kantoor van het zorgkantoor. Het heeft de voorkeur dat de zorgverlener niet aanwezig is bij het huisbezoek om een zo objectief mogelijk beeld te krijgen van de situatie.

Uiterlijk 6 weken nadat het huisbezoek heeft plaatsgevonden krijgt de budgethouder de uitkomst hiervan per brief toegestuurd (besteed budget goedgekeurd dan wel (deels) afgekeurd). Naar aanleiding van een huisbezoek kunnen geen aanvullende (juridische) voorwaarden worden gesteld voor het blijven toekennen van een PGB.

5.2 Bevindingen

De zorgkantoren zijn op verschillende momenten gestart met het voorbereiden en afleggen van huisbezoeken. Dit komt doordat sommige zorgkantoren voorafgaand aan de ontvangst van de subsidie het proces hiervoor al hebben voorbereid en geïmplementeerd, terwijl anderen hier pas na de subsidietoekenning mee zijn begonnen. Het startmoment loopt uiteen van februari 2013 tot en met oktober 2013. Voor alle zorgkantoren geldt dat op 31 december 2014 alle huisbezoeken moeten zijn afgelegd en alle rapportages moeten zijn afgerond.

5.2.1 Subsidie huisbezoeken

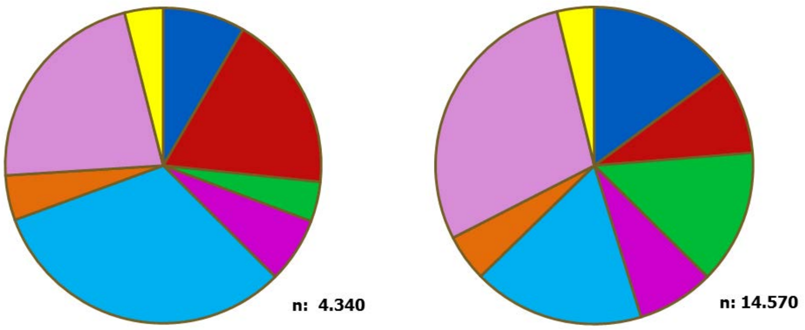
Van de in totaal 11 zorgkantoren zijn enkele zorgkantoren die in concernverband opereren en binnen het concern de huisbezoeken op dezelfde manier uitvoeren. Bij een aantal zorgkantoren zijn als gevolg van een fusie van de zorgverzekeraars de processen voor de afzonderlijke concessiehouders geüniformeerd en rapporteren gezamenlijk (3 zorgkantoren). Daarnaast zijn in deze rapportage 2 zorgkantoren samengevoegd die op dezelfde wijze het proces hebben ingericht, maar afzonderlijk rapporteren. Het samenvoegen van een aantal zorgkantoor heeft als gevolg dat het aantal onderzoeksobjecten op totaal 8 komt. Met andere woorden, vijf zorgkantoren hebben het proces binnen hun groep op dezelfde wijze ingericht en worden in dit onderzoek gezien als twee onderzoeksobjecten.

Voor het afleggen van huisbezoeken hebben de zorgkantoren een subsidie ontvangen. Uit onze analyse blijkt dat de zorgkantoren grote verschillen hebben voor wat betreft het percentage van de gebruikte subsidie per ultimo 2013 ten opzichte van de totale subsidie die voor de pilot (in 2013 en 2014) huisbezoeken is verstrekt. Sommige zorgkantoren hebben al ruim een derde van hun totale subsidie gebruikt, terwijl andere in 2013 nog nauwelijks subsidiekosten hebben gemaakt. Dit hangt samen met de verschillen in startmoment van de huisbezoeken; sommige zorgkantoren zijn in 2013 gestart en gevorderd met een deel van de populatie, terwijl andere nauwelijks huisbezoeken hebben afgelegd. Gemiddeld hebben zorgkantoren ultimo 2013 ongeveer 30% van de ontvangen subsidie gebruikt.

5.2.2 Aantal huisbezoeken

Het aantal af te leggen huisbezoeken volgens de subsidievoorwaarden is in totaal 27.600, gerekend vanuit het aantal budgethouders per 1 juli 2013. Hierbij dient te worden opgemerkt dat twee zorgkantoren meer dan het minimaal vereiste percentage van 20% van de populatie gaat bezoeken (namelijk 80% en 100% van de budgethouderspopulatie).

Figuur 7: Gerapporteerde huisbezoeken in totaal t/m 31 december 2013 en tot en met 1 juli 2014



Toelichting: De kleuren/taartpunten in deze cirkeldiagram staan voor het aantal gerapporteerde huisbezoeken van één concessiehouder.

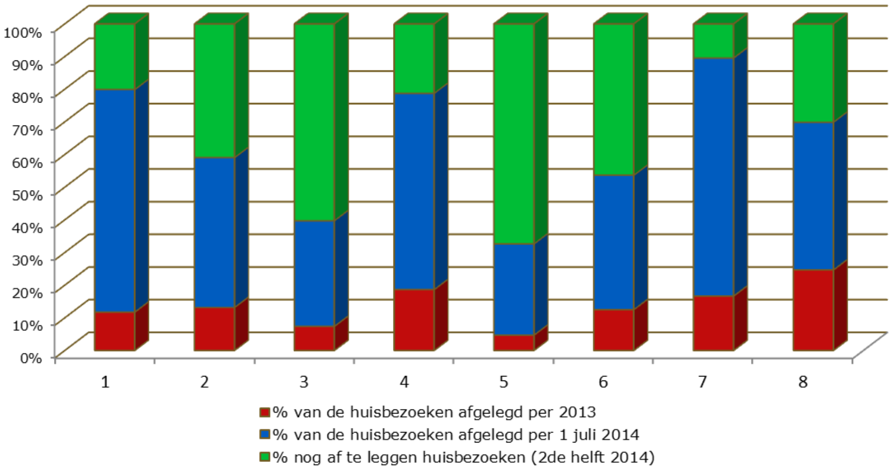
Bron: NZa

Uit bovenstaande cirkeldiagrammen (figuur 7) blijkt dat vijf onderzoeksobjecten tot en met 31 december 2013 in totaal 4.340 huisbezoeken hebben gerapporteerd (linker diagram).

Het totaal aantal gerapporteerde bezoeken door de zorgkantoren tot en met 1 juli 2014 is 14.570 (rechterdiagram). Eind 2014 moeten 27.600 budgethouders bezocht zijn. De NZa rapporteert in het samenvattend rapport AWBZ of de zorgkantoren alle huisbezoeken hebben afgelegd.

In onderstaande tabel is weergeven hoeveel procent van de huisbezoeken is afgelegd per ultimo 2013 en tot en met medio 2014.

Figuur 8: Totaal af te leggen huisbezoeken afgezet tegen het uitgevoerde huisbezoeken per 2013 en 1 juli 2014.



Toelichting: De honderd procent die hierin is afgebeeld is het totaal aantal huisbezoeken dat het zorgkantoor dient af te leggen.

Bron: NZa

Tussen de zorgkantoren blijken grote verschillen te zijn in het percentage huisbezoeken dat de zorgkantoren hebben afgelegd. Bijna de helft van de zorgkantoren moet in de tweede helft van 2014 nog 50% of meer van de bezoeken afronden. Per jaareinde hebben twee concessiehouders verlenging van het project aangevraagd bij het ministerie van VWS.[24] Dit impliceert dat de doelstellingen voor het aantal huisbezoeken nog niet is gerealiseerd. In 2015 controleert de NZa of zorgkantoren alle huisbezoeken hebben uitgevoerd.

5.2.3 Doorlooptijd huisbezoeken

In het Protocol huisbezoeken is vastgelegd dat de huisbezoeken moeten worden afgelegd binnen 3 weken nadat de opgevraagde informatie voor het administratief vooronderzoek is ontvangen. Uit de deelwaarneming (n=143) blijkt dat 45% van de huisbezoeken niet binnen de gestelde termijn zijn uitgevoerd.

Uiterlijk 6 weken nadat het huisbezoek heeft plaatsgevonden krijgt de budgethouder de uitkomst hiervan per brief toegestuurd. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat 35% van de budgethouders niet binnen deze termijn is geïnformeerd.

[24] De hoogte van het percentage uit te voeren huisbezoeken van de budgethoudersppopulatie heeft hiermee geen verband.

De gemiddelde doorlooptijd van het gehele traject van het huisbezoek – van administratief vooronderzoek (AVO) tot en met verzending van de eindbrief waarin de eindconclusies worden weergegeven – is 93 dagen, afgerond 14 weken. Uitgaande van het protocol zou de doorlooptijd maximaal 9 weken (3+6 weken) mogen bedragen. Geconcludeerd kan worden dat de doorlooptijd van het proces niet voldoet aan de gestelde termijnen uit het Protocol. Omdat dit protocol door ZN en de zorgkantoren zelf is opgesteld, staan er geen sancties op het overschrijden van de termijnen. De overschrijding van de maximale doorlooptijd wordt in een aantal gevallen veroorzaakt doordat het zorgkantoor een fraudeonderzoek is gestart, en hij de eindbrief pas aan de budgethouder verzendt nadat dit onderzoek is afgerond. Gedurende de looptijd van het fraudeonderzoek zit de budgethouder in onzekerheid.

De NZa adviseert de zorgkantoren deze termijnen daar waar mogelijk te bekorten, zodat de budgethouder tijdig op de hoogte is van de uitkomsten van het onderzoek en de mogelijke consequenties. Vanaf 1 januari 2015 wordt het afleggen van huisbezoeken onderdeel van de reguliere controlewerkzaamheden. Zorgkantoren moeten dan voor minstens 10%[25] van de PGB-populatie in de Wlz huisbezoeken afleggen (voor de Zvw, Wmo en Jeugdwet is geen percentage in regelgeving vastgelegd). Hiervoor zijn structureel € 5 miljoen aan middelen beschikbaar gesteld.

5.2.4 Selectie onderzoekspopulatie

De gehele groep budgethouders (n=27.600) waaraan een huisbezoek wordt afgelegd is geselecteerd op basis van het uniforme risicoprofiel uit het Protocol PGB-AWBZ.

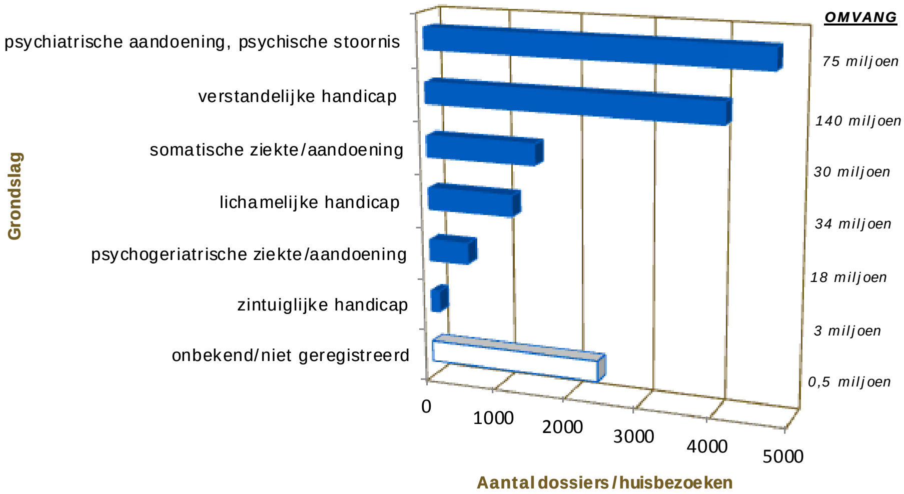
In dit risicoprofiel zijn onder andere de volgende indicatoren vastgelegd:
Bevindingen uit het verleden (signalen, globale controle, intensieve controle, het afgekeurde bedrag is groter dan 20% van het totaal verantwoorde bedrag).
Zorgverlener (budgethouder is ook zorgverlener/ complexe constructies (van BV's: daar waar zich combinaties voordoen van zorgverlener, bemiddelingsbureaus etc. in de vorm van diverse BV's)/ zorgverlener is natuurlijk persoon en het totale verantwoorde bedrag is groter dan 1,5x modaal / zorgverlener is een natuurlijk persoon en bij meer dan 3 budgethouders wordt zorg verleend / zorgverlener is bedrijf en het totaal verantwoorde bedrag is groter dan € 100.000).
Woonsituatie (meerdere budgethouders op één adres/ wooninitiatief)
Indicatiefraude (signalen vanuit CIZ/ BJZ (budgethouders en wettelijk vertegenwoordigers in geval van kinderen < 18 jaar)).
Betrokkenheid derden (bemiddelingsbureau/ zaakwaarnemers, bewindvoerders (niet ingeschreven op adres van de budgethouder en geen wettelijk vertegenwoordiger)).
Budget (budgetbedrag is groter dan € 300 per dag / levering van ZIN).
Verantwoording (precies het exacte bedrag verantwoord/ retourdatum van de verantwoording ligt meer dan 14 dagen na de uiterste datum/ toegekend budget is groter dan € 15.000 en 90% van het verantwoord bedrag is door één zorgverlener verantwoord/ bij verantwoording van het 1e half jaar wordt 'nul verantwoording' ingediend, of minder dan 40% of meer dan 75% van het toegekende jaarbudget verantwoord (onregelmatig patroon van bestedingen)).
Vermoedens van fraude van (criminele) netwerken uit eerdere dossiers
Kwetsbare groepen (geboortedatum op 01-01-1900 of 01-07-1900 vanwege ontbreken geboortedatum, GGZ indicatie, VG indicatie, PG indicatie (dementie), taalvaardig).

[25] Zoals opgenomen in de rechtmatigheidsbrief.

5.2.5 Beschrijving onderzoekspopulatie

De grootste groepen PGB-houders (naar aantal en omvang PGB) waaraan een huisbezoek is afgelegd zijn budgethouders met een psychiatrische aandoening/psychische stoornis en PGB-houders met een verstandelijke handicap (zie onderstaande grafiek). Tot 1 juli 2014 zijn 4.710 PGB-houders met een psychiatrische aandoening/psychische stoornis (32%) bezocht met een totale PGB-budgetomvang van € 74 miljoen. Daarnaast zijn 4.080 PGB-houders met een verstandelijke handicap (28%) bezocht. Hiermee is een PGB-omvang gemoeid van € 139 miljoen.

Figuur 9: Groepen PGB-budgethouders (aantal en omvang)



Bron: NZa

Bij de huisbezoeken moeten de zorgkantoren een aantal aspecten aan de orde stellen die zijn vastgelegd in het Protocol huisbezoeken PGB-AWBZ van ZN. Dit zijn:

- Vermoeden van fraude, onderverdeeld naar fraude door de cliënt, door de zorgverlener door het bemiddelingsbureau en/of overige fraudegevallen.
- Andere problemen bij de budgethouder, zoals verwaarlozing, ondermaatse kwaliteit van zorg, onvolkomenheden in de administratie, geen levering van AWBZ-zorg, twijfels over CIZ indicatie (klopt niet) en/of overige problemen.
- De eigen regie van de budgethouder moet worden gescoord op een 4-punt schaal (goed, voldoende, twijfelachtig, niet aanwezig).
- De betrokkenheid van het zorgbureau bij het PGB-beheer en – administratie en/of de zorgverlening (geen betrokkenheid aangetoond; betrokkenheid van het zorgbureau met geld en/of zorg en/of het zorgbureau levert of bemiddeld zorg en/of het zorgbureau beheert de administratie en het geld of overige betrokkenheid.

De onderstaande tabel (op de volgende pagina) geeft een beeld van de onderzoekspopulatie.

Tabel 3: Onderzoekspopulatie

Dossiersoort	2013	1ste helft 2014 (incl. datum niet ingevuld)	Totaal 2013 en 1ste helft 2014
Totaal aantal dossiers	4.340	10.230	14.570
Waarbij gescoord is op:			
Vermoeden van fraude	390	690	1.080
Ander probleem	2.260	6.040	8.300
Betrokkenheid zorgbureau	870	1.250	2.120
Dossiers zonder vermoeden van fraude, ander probleem of betrokkenheid zorgbureau	820	2.250	3.070

Bron: NZa

5.2.6 Medewerking budgethouder

Budgethouders zijn niet verplicht om mee te werken aan het huisbezoek. Onderstaande tabel geeft de mate van medewerking door budgethouders aan.

Tabel 4: Medewerking budgethouder aan huisbezoek t/m 1 juli 2014

Uitkomst uitnodiging	Totaal	Vermoeden van fraude	Ander probleem	Eigen regie niet goed	Betrokkenheid zorg-bureau
Budgethouder werkt mee aan huisbezoek	13.790 *(95%)*	970 *(90%)*	7.930 *(96%)*	7.720 *(93%)*	2.020 *(95%)*
Budgethouder werkt niet mee aan huisbezoek, maar wel aan gesprek op zorgkantoor	460 *(3%)*	40 *(4%)*	250 *(3%)*	270 *(3%)*	60 *(3%)*
Budgethouder werkt niet mee	320 *(2%)*	70 *(6%)*	110 *(1%)*	270 *(3%)*	50 *(2%)*
Totaal	**14.570**	**1.080**	**8.290**	**8.260**	**2.130**

Bron: NZa

Hieruit blijkt dat 95% van de budgethouders meewerkt aan het huisbezoek. Drie procent werkt niet mee aan een bezoek aan huis, maar is wel bereid om het gesprek op het kantoor van de zorgkantoren te voeren. In 2% van de gevallen werkt de budgethouder helemaal niet mee aan een huisbezoek; noch bij hem thuis, noch op kantoor van het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft geen juridische mogelijkheid om het huisbezoek af te dwingen, waardoor het gesprek niet plaatsvindt en het zorgkantoor geen verdere acties kan ondernemen.

Verklaringen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen voor het hoge medewerkingspercentage zijn:
- budgethouders hebben niks te verbergen;
- budgethouders zijn niet op de hoogte van mogelijke misstanden;
- budgethouders verkeren in de veronderstelling dat zij administratie en beheer juist (rechtmatig) uitvoeren;
- budgethouders ervaren een lage pakkans.

5.2.7 Vermoedens van fraude

Bij 7% (n=1.080) van alle tot 1 juli 2014 afgelegde huisbezoeken (totaal 14.570) hebben zorgkantoren een vermoeden van fraude gerapporteerd. Zorgkantoren rapporteren de meeste vermoedens van fraude door cliënt (39%) en fraude door de zorgverlener (29%; zie onderstaande tabel).

Tabel 5: Vermoedens van fraude gerapporteerd

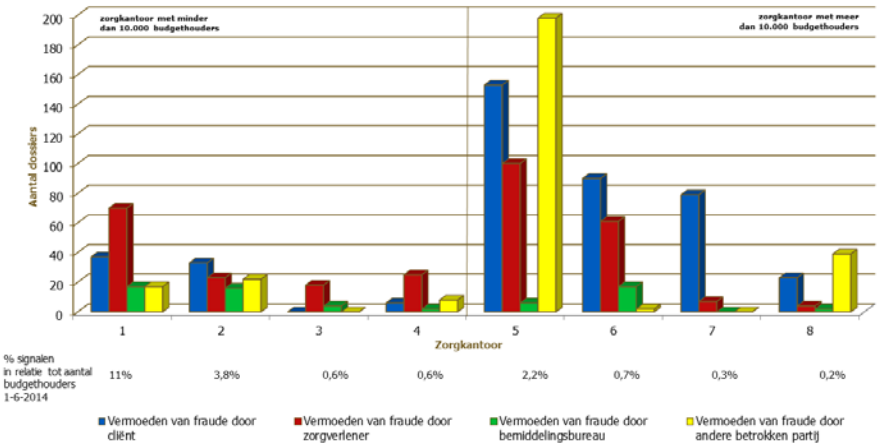
Vermoeden van fraude	2013	Totaal t/m 1ste helft 2014
door cliënt	190	420
zorgverlener	140	310
bemiddelingsbureau	40	60
overige	70	290
Totaal	**440**	**1.080**

Bron: NZa

In de meeste vermoedelijke fraudegevallen hebben zorgkantoren (nog) geen fraudeonderzoek ingesteld wegens capaciteitsgebrek en omdat zij nog bezig zijn met het nader onderzoeken van deze zaken. De NZa is van mening dat zorgkantoren in alle gevallen van vermoedelijke fraude een onderzoek dient op te starten. Hierbij moet rekening worden gehouden met geldende juridische kaders, bijvoorbeeld op het gebied van controle, proportionaliteit en privacy.

Daarnaast kan de fraudeaanpak worden geoptimaliseerd als bij zorgaanbieders, bemiddelingsbureaus of belangenbehartigers waarbij fraude wordt vermoed de totale populatie van budgethouders van die partijen wordt gecontroleerd (rekening houdend met proportionaliteit en privacy).

Figuur 10: Vermoeden van fraude gerapporteerd per concessiehouder t/m 1 juli 2014



Bron: NZa

Het aantal vermoedens van fraude dat zorgkantoren rapporteren loopt uiteen van 20 tot 460 per zorgkantoor (het % signalen in relatie tot het aantal budgethouders loopt uiteen van 0,2% tot 11%). Dit geeft een indicatie van de inspanning om fraude op te sporen. Overigens moet hierbij opgemerkt worden dat het aantal budgethouders per zorgkantoor hierop geen invloed heeft. Ook het gerapporteerde type fraudepleger (cliënt, zorgverlener, bemiddelingsbureau, andere betrokken partij) verschilt sterk. Zo is er een concessiehouder die in 92% van de

vermoedens van fraude de cliënt als fraudepleger aanmerkt, terwijl een andere concessiehouder slechts in 15% van de vermoedens van fraude de cliënt als fraudepleger rapporteert.

Het constateren dat budgethouders de dupe worden van frauduleus handelen door zorgaanbieders en bemiddelaars is lastig vast te stellen tijdens een huisbezoek. De aanpak van de huisbezoeken door de zorgkantoren kan aan het opsporen bijdragen.

De verschillen in de gerapporteerde bevindingen kunnen erop duiden dat het ene zorgkantoor het onderzoek diepgaander uitvoert dan de ander. Daarnaast zijn ook nog andere factoren, namelijk:
- definitie van fraude en fraudepleger;
- verschil in onderzoekaanpak;
- wijze van selectie en risicoanalyse;
- verschillen in doorlooptijd van het onderzoek;
- verschil in moment van rapporteren van fraude;
- kwaliteit van de onderzoekers.

Ook het type personeel dat de huisbezoeken uitvoert speelt een rol bij de uitkomsten (zo kan bijvoorbeeld de inzet van politierechercheurs[26] leiden tot een hoger aantal bevindingen).

5.2.8 Andere problemen

Opvallend is dat de zorgkantoren 8.300 ‘ander’ problemen rapporteren bij de huisbezoeken.[27] Het voornaamste probleem is onvolkomenheden in de administratie (2.220); of de PGB-administratie die niet op orde is. Daarnaast gaat het om problemen zoals de inkoop van niet-AWBZ-zorg met het PGB (600) en onvoldoende kwaliteit van zorg (540). In deze gevallen is opzettelijk onjuist handelen (fraude) niet aangetoond. Dit betekent overigens niet automatisch dat er geen sprake van fraude is. In 42% van de huisbezoeken zijn geen vermoedens van fraude, andere problemen of betrokkenheid van het zorgbureau zijn gerapporteerd.

Zorgkantoren hebben bij de huisbezoeken ook aandacht besteed aan andere aspecten dan vermoedens van fraude. Hierbij gaat het om problemen als verwaarlozing, onvoldoende kwaliteit van zorg, onvolkomenheden in de administratie, geen AWBZ zorg, onjuiste CIZ indicatie en een restcategorie van ‘overige’ problemen. In onderstaande tabel (op de volgende pagina) zijn de gerapporteerde ‘andere problemen’ vermeld.

---

[26] Uit de beoordeling van de opzet van de huisbezoeken door de zorgkantoren van de NZa blijkt dat methode van uitvoeren van huisbezoeken met de inzet van politierechercheurs effectief is (best practice).

[27] Het rapporteren van andere problemen kan ook meerdere malen voorkomen per huisbezoek, hierdoor kunnen dubbeltellingen voorkomen. In totaal zijn er bij 6.800 huisbezoeken één of meerdere problemen gerapporteerd.

Tabel 6: Andere problemen gerapporteerd

Soort probleem	2013	1ste helft 2014	Totaal
Verwaarlozing	20	100	120
Kwaliteit van zorg	150	390	540
Administratie onvolkomenheid	350	1.870	2.220
Geen AWBZ zorg	100	500	600
CIZ indicatie klopt niet	100	420	520
Overige	1.540	2.760	4.300
Totaal	**2.260**	**6.040**	**8.300**

Bron: NZa

Zorgkantoren rapporteren bij ongeveer de helft (4.300) van de huisbezoeken een probleem dat in de restcategorie ‘overige’ valt. Mogelijk hangt dit samen met het beperkte aantal categorieën problemen dat in het rapportageformat is gedefinieerd. Een andere mogelijkheid is dat het zorgkantoor wel problemen constateert bij het huisbezoek, maar deze niet nader kan definiëren (‘onderbuik gevoel’). Uit de rapportages wordt het niet duidelijk om welke problemen het hier gaat.

In 540 gevallen (7%) heeft het zorgkantoor vastgesteld dat de kwaliteit van de geleverde zorg onvoldoende was. De budgethouder is zelf verantwoordelijkheid voor de inkoop van kwalitatief goede zorg.

De zorgkantoren hebben in 2.200 gevallen (27%) gerapporteerd dat bij de PGB-administratie sprake is van administratieve onvolkomenheden. In deze gevallen heeft de budgethouder zijn administratie niet op orde en voldoet hij niet aan de administratieve verplichtingen die bij een PGB horen.

De oorzaak van een administratieve onvolkomenheid is vaak dat budgethouders niet op de hoogte zijn van hun verplichtingen en/of deze uitbesteed hebben aan derden en niet weten dat zij zelf eindverantwoordelijk zijn voor hun PGB-verantwoording.

Verder blijkt dat de budgethouder in 600 gevallen (7%) zorg heeft ingekocht die niet onder de AWBZ valt en niet uit het PGB bekostigd mag worden. Hierbij speelt een rol dat budgethouders vaak niet weten welke zorg precies onder de AWBZ-normen valt. Dit bleek ook uit de tussenrapportage Thematisch onderzoek PGB uit 2014. Daarin is tevens het probleem gesignaleerd dat de interpretatie van welke zorg wel en welke zorg niet onder de AWBZ norm valt aan de budgethouder zelf is overgelaten. De toegenomen informatievoorziening over dit onderwerp heeft dit probleem niet verkleind.

Bij 520 huisbezoeken (6%) hebben de zorgkantoren twijfels over de juistheid van de CIZ indicatie gerapporteerd (te hoog of te laag). Sporadisch heeft het zorgkantoor hiervoor een ambtshalve herindicatie aangevraagd. De zorgkantoren moeten vaststellen of zorg doelmatig wordt ingezet en past bij de zorgbehoefte van de klant. Wanneer het door nieuwe feiten en omstandigheden aannemelijk is dat het huidige indicatiebesluit van de cliënt niet juist is (onrechtmatig), moet het CIZ worden gevraagd het indicatiebesluit te herzien.[28]

[28] Met als gevolg een lagere zorgvraag of intrekking van de indicatie.

Geconcludeerd kan worden dat bij 47% van de huisbezoeken andere problemen zijn gesignaleerd dan vermoeden van fraude (7%). Dit betekent dat in meer dan de helft van de gevallen sprake van het niet op de juiste wijze gebruik maken van een PGB.

5.2.9 Betrokkenheid zorgbureau

Tabel 7: Gerapporteerde betrokkenheid

Betrokkenheid zorgbureau	2013	1ste helft 2014	Totaal
Geen	12.450		12.450
Geld, zorg, indicatie	100	190	290
Levert / bemiddelt zorg	310	360	670
Beheert administratie en geld	240	340	580
Overige	220	360	580
Totaal: probleem betrokkenheid	*870*	*1.250*	*2.120*

Bron: NZa

In 2.120 van de uitgevoerde huisbezoeken zijn twijfels over de rechtmatige betrokkenheid van een zorgbureau gerapporteerd.[29] Hierbij gaat het om het ondersteunen van de budgethouder bij het leveren van zorg, maar ook om het doen van de bemiddeling. Hierbij kan zowel het beheer van het geld, de levering van de zorg als de hulp bij de indicatie door hetzelfde zorgbureau zijn uitgevoerd. De betrokkenheid van een zorgbureau is in 12% van de gevallen ook daadwerkelijk gerapporteerd door het zorgkantoor.

5.2.10 Eigen regie

Onder regie wordt verstaan de mate waarin de budgethouder capabel is om zijn PGB te beheren en de administratie hiervan te voeren. Het zorgkantoor heeft de eigen regie van de budgethouder gescoord als goed, voldoende, niet aanwezig, of niet gerapporteerd. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten weergegeven.

Tabel 8: Eigen regie (data 2013 + 1ste helft 2014)

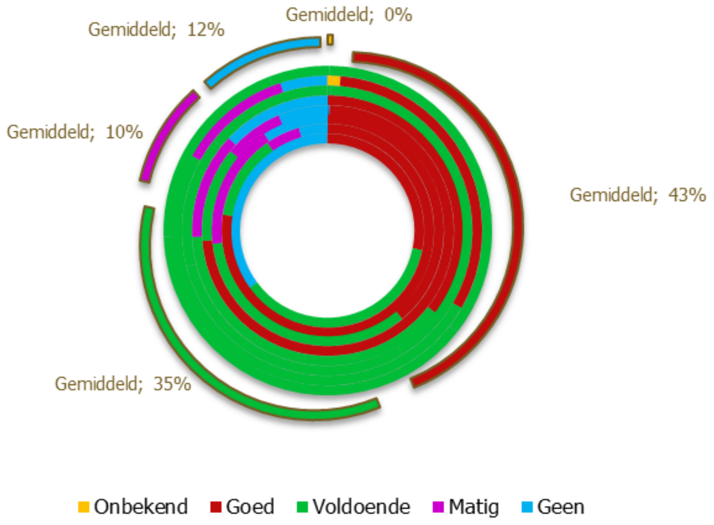
Dossiersoort – Eigen regie	Goed	Vol-doende	Twijfel-achtig	Niet aanwezig	Niet ge-rapport-eerd	Totaal
Eigen Regie	6.320	5.080	1.420	1.690	60	**14.570**

Bron: NZa

De inschatting van de mate van eigen regie van de budgethouder verschilt per concessiehouder. Zie onderstaand cirkeldiagram (op de volgende pagina).

[29] Het rapporteren van betrokkenheid van het zorgbureau kan ook meerdere malen voorkomen per huisbezoek, hierdoor kunnen dubbeltellingen voorkomen. In totaal zijn er bij 1.710 huisbezoeken één of meerdere betrokkenheden gerapporteerd.

Figuur 11: Verschillen per zorgkantoor m.b.t. eigen regie



Bron: NZa

De ringen illustreren de afzonderlijke zorgkantoren. De buitenste ring is het gemiddelde over alle zorgkantoren. Hieruit is af te lezen dat zorgkantoren de eigen regie gemiddeld als goed (43%) of gemiddeld (35%) schatten. De eigen regie is bij de meerderheid van de budgethouders in orde. In 12% van de gevallen blijkt de eigen regie niet aanwezig. Deze budgethouders beschikken over een PGB terwijl zij eigenlijk niet capabel zijn om dit te beheren. Deze groep vormt een gemakkelijke doelgroep voor mogelijke fraudeurs. Dat blijkt ook uit de constatering dat in 1.080 gevallen van vermoedelijke fraude, er in 690 gevallen sprake van geen of matige eigen regie. Deze constatering, dat in twee derde van de vermoedelijke fraudegevallen de eigen regie slecht wordt gescoord, suggereert dat bij onvoldoende eigen regie een verhoogde kans op fraude is.

Bij onvoldoende regie zal veelal de hulp voor de regie op het PGB worden ingeroepen richting zorgaanbieder, bemiddelaar of belangenbehartiger. Indien bij één van deze partijen twijfel bestaat aan de rechtmatigheid dan moeten de concessiehouders de controles uitbreiden tot de totale populatie van budgethouders waaraan door deze partijen diensten worden verleend. Daarnaast is het van belang dat bij deze situaties ook de zorgaanbieder, bemiddelaar of belangenbehartiger verantwoordelijk kan worden gehouden voor de mogelijke vordering die ontstaat bij het constateren van fraude.

Een gebrek aan eigen regie is een juridische grond om een PGB-aanvraag te weigeren (zie hoofdstuk 4).[30] Als zorgkantoren achteraf, bij personen die al over een PGB beschikken, constateren dat er sprake is van onvoldoende eigen regie is dit echter geen toegestane grond om het PGB in te trekken. Dit onderstreept het belang van adequate beoordeling voorafgaand aan de toekenning.

[30] In de PGB-regeling is vastgelegd dat een PGB onder andere mag worden geweigerd indien: 'de verzekerde naar het oordeel van het zorgkantoor niet in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer de aan een persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren'.

5.2.11 Bevindingen uit de dossiercontrole

De NZa heeft een selectie van in totaal 143 dossiers[31] van huisbezoeken diepgaand beoordeeld, met als doel om potentiële risicogebieden voor PGB-fraude te onderkennen. Deze 143 dossiers hebben betrekking op de volgende onderwerpen:
- vermoedens van fraude (n=27);
- andere problemen dan fraude (n=47);
- betrokkenheid zorgbureau (n=29);
- dossiers waarbij geen problemen zijn geconstateerd (n=40).

Bij het administratief vooronderzoek en de huisbezoeken is een aantal zaken geconstateerd, zoals:
- De overeenkomst met de zorgverlener ontbreekt of is niet volledig (handtekeningen van de budgethouder en zorgverlener ontbreken en de relatie is niet duidelijk omschreven).
- De zorg die ingekocht is mag niet worden gefinancierd uit het PGB (niet-AWBZ zorg).
- Het PGB is gebruikt voor de aanschaf van andere zaken dan van zorg (bijvoorbeeld financieren van witgoed en vakantiereizen).
- De administratie wordt niet door de budgethouder zelf gevoerd, maar door een gemachtigde (bijvoorbeeld familielid) of bemiddelingsbureau welke zeer waarschijnlijk frauderen.
- Op de nota's staan geen omschrijvingen waaruit blijkt welke zorg is geleverd. Hierdoor kunnen zorgkantoren achteraf niet controleren of de zorg daadwerkelijk is geleverd en of deze in overeenstemming is met het budgetplan.
- Facturen voor geleverde zorg ontbreken, of sluiten niet aan bij de betalingen die vanuit het PGB zijn gedaan.
- Gefactureerde uren/tarieven komen niet overeen met de in de zorgovereenkomst opgenomen uren/tarieven.
- Budgethouders gaan naast een zorgovereenkomst ook een huurovereenkomst aan met dezelfde zorgverlener, met andere woorden budgethouders ontvangen wonen en zorg door dezelfde aanbieder. Hierdoor wordt een verhoogde drempel gecreëerd voor de aangifte van vermoedelijke fraude, omdat de budgethouder zijn woning verliest.

De centrale lijn in de constateringen is:
- Budgethouders zijn niet altijd in staat de eigen regie over de administratie te voeren.
- De zorgovereenkomsten sluiten niet altijd aan bij de geleverde en gefactureerde zorg.
- De geleverde en gefactureerde zorg is niet altijd AWBZ zorg.
- De betalingen sluiten niet altijd aan op de facturen.
- Tarieven worden niet altijd goed toegepast.
- Combinatie wonen en zorg kan voor ongewenste situaties leiden.
- De kwaliteit van zorg is in sommige gevallen ondermaats.

Deze constateringen zijn in lijn met de eerder bevindingen uit de tussenrapportage PGB.

---

[31] De deelwaarneming is gebaseerd op 21 dossiers per zorgkantoor (verschillende categorieën) per zorgkantoor. In totaal 168 dossiers. Echter niet alle zorgkantoren hebben dossiers die binnen deze categorie vallen en daardoor is de populatie kleiner (85%) en zijn 143 dossiers beoordeeld.

5.2.12 Follow up huisbezoeken

Uit de ontvangen data van de zorgkantoren blijkt dat in 75% van de huisbezoeken met bevindingen de zorgkantoren geen follow-up hebben gegeven aan het onderzoek. Van de overige 25% heeft 23% bijna altijd tot andere acties geleid, welke variëren van de verantwoording van 2de helft van 2014 controleren, (deels) afkeuren, afspraken maken over verantwoording 2014, geen vervolg geven door aflopende indicatie, fraudeonderzoek uitvoeren, gezinsbegeleiding inschakelen, melding maken bij het fraudemeldpunt, herindicatie aanvragen, afkeuren maar niet terugvorderen, wachten op stukken en melding bij belastingdienst doen. In zeven gevallen heeft opschorting van de PGB plaatsgevonden en in 130 gevallen is het PGB stopgezet.[32] Dit is in totaal 1% van de overige gevallen. In 40 gevallen is gerapporteerd dat er een omzetting van PGB naar ZIN heeft plaatsgevonden. In 1% van de gevallen is de inzet Inspectie SZW of IGZ, sociaal team als actie gerapporteerd.

De fraudeonderzoeken die gestart zijn naar aanleiding van de huisbezoeken hebben eind 2013 en in 2014 plaatsgevonden. Gezien de lange doorlooptijden van de (fraude)onderzoeken zijn deze uitkomsten nog niet meegenomen en kunnen de effecten nog niet inzichtelijk gemaakt worden. Wij adviseren om deze effectmeting over 2014 en 2015 alsnog plaats te laten vinden door de NZa.

De zorgkantoren hebben tijdens de huisbezoeken geconstateerd dat het CIZ niet in alle gevallen een ‘face-to-face’ gesprek uitvoert als onderdeel van een indicatieonderzoek. Alleen indien de medische situatie van de betrokken verzekerde onduidelijk is wordt een ‘face-to-face’ gesprek uitgevoerd. De NZa is van mening dat in alle gevallen een ‘face-to-face’ gesprek door het indicatieorgaan uitgevoerd moet worden, zodat indicatieverstrekking plaats kan vinden op individuele waarneming in plaats van papierenwaarneming.[33]

5.3 Conclusies

De volgende conclusies kunnen worden getrokken naar aanleiding van de huisbezoeken:
- In 75% van alle huisbezoeken zijn geen onrechtmatigheden geconstateerd. Bij de overige 25% van de gevallen waarbij wel onrechtmatigheden zijn geconstateerd heeft 23% tot andere acties geleid, zoals het uitbreiden van de controles, het (deels) afkeuren van de verantwoording, of fraudeonderzoek en bij de overige 2% niet.
- Het blijkt dat bij meer dan 50% van de uitgevoerde huisbezoeken er problemen zijn geconstateerd met de juiste uitvoering van de PGB-regeling.
- Bij 7% van de huisbezoeken is een vermoeden van fraude gerapporteerd. De huisbezoeken zijn uitgevoerd bij budgethouders met een verhoogd risicoprofiel en daardoor is er geen sprake van een representatieve steekproef. Hierdoor kunnen er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de gehele budgethouderspopulatie.
- Bij iets minder dan de helft van de huisbezoeken (47%) is een ander probleem dan een vermoeden van fraude geconstateerd, zoals onvolkomenheden in de administratie of inkoop van niet-AWBZ zorg. De financiële impact hiervan is niet bekend. In deze gevallen is bewust onrechtmatig handelen (fraude) niet aangetoond. Dat wil

[32] In een aantal gevallen is de PGB ook stopgezet terwijl de huisbezoeken daartoe geen aanleiding gaven, maar is dit in goed overleg overeengekomen met de budgethouder.
[33] Binnen de Wlz is face-to-face indicering verplicht gesteld.

echter niet zeggen dat er geen sprake is van bewust handelen en daardoor niet van fraude. In 42% van de huisbezoeken zijn helemaal geen vermoedens van fraude, andere problemen of betrokkenheid van het zorgbureau gerapporteerd.
- Zorgkantoren hebben in 2013 en de eerste helft van 2014 in totaal 53% van de af te leggen huisbezoeken uitgevoerd. Bijna de helft van de zorgkantoren moet in de tweede helft van 2014 nog 50% of meer huisbezoeken afleggen. Ook het startmoment van de huisbezoeken loopt uiteen; sommige zorgkantoren zijn in 2013 al redelijk gevorderd terwijl andere in 2013 nauwelijks zijn begonnen. In 2015 controleert de NZa of zorgkantoren alle huisbezoeken hebben uitgevoerd.
- De gemiddelde doorlooptijd van het gehele traject van het huisbezoek bedraagt 14 weken en ligt daarmee boven de op grond van het protocol toegestane termijn van maximaal 9 weken. De NZa vindt het wenselijk dat zorgkantoren zich inzetten om de doorlooptijd van het proces daar waar mogelijk te verkorten.
- De NZA is van mening dat de huisbezoeken een goed controlemiddel zijn, in combinatie met alle andere controlemaatregelen, om vast te stellen of het PGB rechtmatig en doelmatig is gebruikt. De huisbezoeken hebben een leereffect gehad op de budgethouders; zij hebben kennis opgedaan over wat zij kunnen verantwoorden. Daarnaast lijken de huisbezoeken een afschrikeffect te hebben afgehad om te frauderen, omdat deze het gevoel verhogen om gecontroleerd te worden. In 2015 controleert de NZa of zorgkantoren alle huisbezoeken hebben afgelegd en welke follow up daaraan is gegeven.

5.4 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en conclusies doet de NZa de volgende aanbevelingen:
- De NZa beveelt de zorgkantoren aan om de huisbezoeken voort te zetten en hierbij blijvend aandacht te schenken aan voorlichting aan budgethouders over wat zij wel en niet kunnen verantwoorden en wat hun rechten en plichten zijn. Daarbij is het van belang dat zorgkantoren op een uniforme wijze beoordelen of er sprake is van een frauderisico en/of vermoeden van fraude, en welke vervolgacties hieraan verbonden zijn. Door het streven naar uniformiteit worden zaken op een eenduidige manier geïdentificeerd en gerapporteerd door de zorgkantoren. Hierdoor wordt de vergelijkbaarheid van fraudecijfers vergroot en biedt mogelijkheden tot eenduidige analyses.
- De NZa adviseert dat alle zorgkantoren uniform handelen bij het uitvoeren van een huisbezoek. Om de zorgkantoren op dezelfde wijze te laten werken en rapporteren, adviseert de NZa ZN om hiervoor richtlijnen op te stellen.

De NZa adviseert de zorgkantoren om bij zorgaanbieders, bemiddelingsbureaus of belangenbehartigers waarbij de zorgkantoren op basis van signalen of (fraude)aspecten onrechtmatigheden (of fraude) vermoeden de totale populatie budgethouders van die partijen te controleren. Hierbij moet rekening worden gehouden met geldende juridische kaders, bijvoorbeeld op het gebied van controle, proportionaliteit en privacy. De NZa is van mening dat zorgkantoren in alle gevallen van vermoedelijke fraude een onderzoek dienen te starten. De uitkomsten van de huisbezoeken moeten een vervolg krijgen en moeten niet te worden uitgesteld (met mogelijk afstel) wegens capaciteitsgebrek.

6. PGB-fraudedossiers

6.1 Inleiding

Fraude is een containerbegrip. In het strafrecht is geen definitie van fraude gegeven. De eerste keer dat fraude genoemd wordt in de wet- en regelgeving is in de regelgeving voor de accountants.[34] Fraude is daar gedefinieerd als 'een opzettelijk handelen of nalaten waarbij misleiding wordt gebruikt om een wederrechtelijk voordeel te behalen'. Bij PGB-fraude is het wederrechtelijk voordeel vaak gelegen in het feit dat de PGB-gelden voor andere doeleinden dan voor inkoop van zorg worden gebruikt. In de meeste gevallen wordt dit bewerkstelligd door het indienen van een onjuiste verantwoording (valsheid in geschrifte). Het aantonen dat deze handeling opzettelijk heeft plaatsgevonden is lastig, waardoor fraude juridisch moeilijk aantoonbaar is. Als opzet niet kan worden aangetoond is er wel sprake van misbruik en oneigenlijk gebruik van PGB-middelen, maar niet van fraude. Voor bestuursrechtelijke handhaving op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) hoeft opzet/fraude evenmin te worden aangetoond.

6.2 Onderzoek aanpak

Om inzicht te krijgen in de omvang, oorzaak en doorlooptijd van PGB-fraude is een deelwaarneming gedaan door de NZa uit de fraudedossiers van zorgkantoren. Deze dossiers zijn vervolgens beoordeeld door de NZa om te onderzoeken of bepaalde casuïstiek kan worden onderkend welke leidt tot verhoogde kans op fraude.

Bij de dossierbeoordeling is onderscheid gemaakt tussen fraude door budgethouders, door zorgverleners, en door derden (bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus en bewindvoerders). Hierbij is een verdere onderverdeling gemaakt naar de volgende categorieën:
- bewezen fraude (17 dossiers);
- wel vermoeden van fraude maar geen bewijs (15 dossiers);
- geen fraude (18 dossiers);
- fraude zaak nog in behandeling (21 dossiers).

De deelwaarneming betreft in totaal 71 fraudedossiers die gestart zijn in 2013 of 2014. Van de mogelijke fraudeurs (budgethouder, zorgverlener en derden) is per categorie (bewezen fraude, wel vermoeden van fraude maar geen bewijs, geen fraude en zaak nog in behandeling) één dossier per concessiehouder beoordeelt. Niet alle zorgkantoren hebben in 2013 of 2014 een fraudeonderzoek gestart dat binnen deze categorieën valt.

---
[34] NV COS 240 en het Besluit toezicht accountantsorganisatie (Bta).

Tabel 9. Dossieromvang fraudedossiers op basis van deelwaarneming

Uitkomst van het onderzoek	Budgethouder	Zorgverlener	Derden
Bewezen fraude	7	7	3
Wel vermoeden van fraude, geen bewijs	7	6	2
Lopend onderzoek/ in behandeling	6	9	6
Geen fraude geconstateerd	7	7	4
Totaal (n=71)	**27**	**29**	**15**

Bron: NZa

Van de 27 onderzochte dossiers waarbij de budgethouder de mogelijke fraudeur is, is in 7 gevallen de fraude daadwerkelijk bewezen. In totaal zijn 17 dossiers beoordeeld waarbij de fraude bewezen is. Van de 29 beoordeelde fraudedossiers door zorgverleners is in 6 gevallen een vermoeden van fraude geconstateerd, maar is er geen bewijs te leveren. In 4 gevallen is er geen fraude geconstateerd door derden. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat in sommige fraudeonderzoeken het een onderzoek is dat gestart is bij één budgethouder en uitgebreid is naar andere budgethouders. Voor de volledige data-omvang van de deelwaarneming zie bovenstaande tabel.

De NZa heeft in de fraudedossiers gekeken naar de doorlooptijd (start- en einddatum fraude onderzoek), de herkomst en omschrijving van het signaal, de omvang van de fraude (schatting), hoe de bepaling van fraude bedrag heeft plaatsgevonden, wie de fraudeur blijkt te zijn na het onderzoek, de oorzaak van de fraude, de maatregelen die het zorgkantoor heeft genomen, of het onderzoek tot terugvordering heeft geleid, of er aangifte is gedaan bij politie en wat de eventuele opgelegde strafmaat was.

In het onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg[35] is gerapporteerd over onregelmatigheden in databestanden van de ZIN en het PGB. In dit onderzoek is voor het PGB € 42,3 miljoen aan opgespoorde onregelmatigheden (het totaal van mogelijke overtredingen en afwijkende aanbieders) gerapporteerd over 2012. Het bedrag kan niet worden gezien als geconstateerde fraude of vermoedelijke fraude met PGB, slechts als mogelijke onregelmatigheden.

6.3 Bevindingen

6.3.1 Financiële gegevens fraudedossiers

De zorgkantoren maken nagenoeg allemaal gebruik van één centraal landelijk systeem (Facts) om fraudesignalen in te registreren. Hiermee zou gewaarborgd moeten zijn dat alle informatie op een eenduidige manier is vastgelegd.[36]

Het aantal door het zorgkantoor gerapporteerde fraudeonderzoeken is in 2013 toegenomen in vergelijking met 2012, zowel qua aantal (+ 51 dossiers) als qua omvang van het onderzochte bedrag

[35] http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-onderzoek-toont-opmerkelijke-zorgdeclaraties.

[36] Niet alle concessiehouder hebben in 2012 en/of 2013 fraudedossiers in Facts gerapporteerd (en niet op een consistente wijze).

(+ € 4.333.000). De verwachting van de NZa is dat het aantal fraudeonderzoeken in 2014 verder toeneemt door de inzet van de intensiveringsmaatregelen voor de aanpak van PGB-fraude. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de afgesloten dossiers uit Facts over 2012 en 2013 opgenomen.

Tabel 10: In 2012 gesloten fraudedossier in Facts

Uitkomsten van het onderzoek	Aantal gesloten dossiers 2012	Onderzoeks-Bedrag	Afgekeurd bedrag
Bewezen fraude	15	€ 2.120.000	€ 1.621.000
Wel vermoeden van fraude, geen bewijs	18	€ 2.772.000	€ 315.000
Geen fraude geconstateerd	1	€ 18.000	€ 12.000
Totaal	**34**	**€ 4.910.000**	**€ 1.948.000**

Bron: Facts overzichten ZN uit 2012

Tabel 11: In 2013 gesloten fraudedossier in Facts

Uitkomsten van het onderzoek	Aantal gesloten dossiers 2013	Onderzoeks-bedrag	Afgekeurd bedrag
Bewezen fraude	33	€ 5.566.000	€ 4.084.000
Wel vermoeden van fraude, geen bewijs	31	€ 3.050.000	€ 1.056.000
Geen fraude geconstateerd	21	€ 627.000	€ 134.000
Totaal	**85**	**€ 9.243.000**	**€ 5.274.000**

Bron: Facts overzichten ZN uit 2013

Bij de onderzoeken waar fraude is bewezen (n=33) is 73% (76% in 2012) van het gedeclareerde bedrag afgekeurd en daarom als fraude aangemerkt.

Bij een vermoeden van fraude, zonder dat dit kon worden bewezen, is gemiddeld 35% van het gedeclareerde bedrag afgekeurd (11% in 2012). Op het moment dat fraude niet kan worden aangetoond is het lastiger om de verantwoording af te keuren.

Bij de onderzoeken waarbij geen fraude is geconstateerd is 21% van het gedeclareerde bedrag afgekeurd (2012: 67%). De afkeuring heeft hier vooral betrekking op onjuiste declaraties waarbij opzet niet kon worden aangetoond (bijvoorbeeld door administratieve fouten). De oorzaak van het grote verschil in afkeuringen tussen 2012 en 2013 is niet duidelijk.

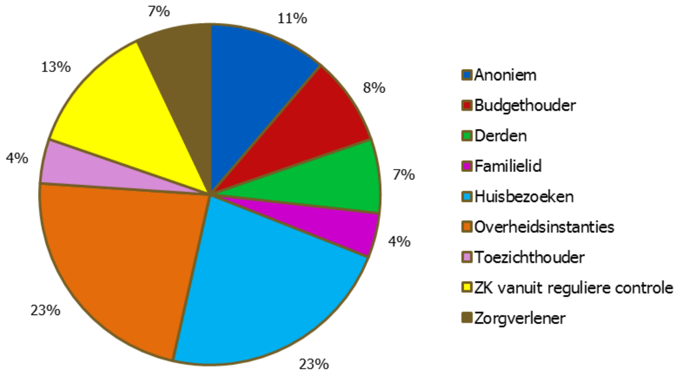
Van het totaal aantal in 2013 gesloten en onderzochte dossiers (n=85) is ongeveer de helft (57%) van het gedeclareerde bedrag afgekeurd. Een mogelijke verklaring voor dit afkeuringspercentage is dat opzet – en daarmee fraude – moeilijk aantoonbaar blijkt te zijn.

De zorgkantoren hebben zelf geen financiële prikkels om fraude op te sporen. Het is een taak van het zorgkantoor zorg te dragen voor een rechtmatige uitvoering van het PGB-proces. Echter de zorgkantoren zijn niet risicodragend. De vraag die gesteld kan worden is of een zorgkantoor überhaupt prikkels heeft om fraude op te sporen. De NZa adviseert ervoor te zorgen dat er goede prikkels zijn om tijdig te controleren op fraude en om achteraf opgespoorde fraude te melden. Bij de verkenning van deze mogelijkheden denkt de NZa graag mee.

6.3.2 Herkomst en omschrijving van het fraudesignaal

De herkomst van de signalen uit de onderzochte dossiers is weergegeven in onderstaand cirkeldiagram.

Figuur 12: Herkomst signalen



Bron: NZa

Het blijkt dat zorgkantoren in bijna de helft van de signalen over vermoedens van fraude via twee kanalen ontvangen, namelijk:
- hun eigen huisbezoeken (23%);
- overheidsinstanties[37] (ook 23%).

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de in 2013 gestarte huisbezoeken een effectief middel zijn om mogelijke fraudegevallen te signaleren. Dat geldt ook voor de samenwerking met andere overheidsinstanties. Deze samenwerking dient dan ook te worden gecontinueerd en daar waar mogelijk te worden geïntensiveerd.

Andere belangrijke bronnen van signalen over vermoedens van fraude zijn de zorgkantoren vanuit hun reguliere werkzaamheden (13%), anonieme meldingen (11%) en in mindere mate budgethouders zelf (8%). Als budgethouders zélf fraude melden, gaat het vooral om situaties waarbij de fraude wordt gepleegd door de zorgverlener en niet door de budgethouder zelf. Budgethouders weten vaak niet dat zij ook in die gevallen zelf verantwoordelijk zijn voor de terugbetaling van het gefraudeerde bedrag.[38] Of de budgethouders zijn hiervan wel op de hoogte en melden daarom niet.

6.3.3 Fraude omvang

De deelwaarneming die genomen is door de NZa op de onderzochte fraudedossiers (n=71) door de zorgkantoren hebben een totale bewezen fraude van € 11 miljoen. De fraudeomvang kan ingedeeld worden in zes klassen:

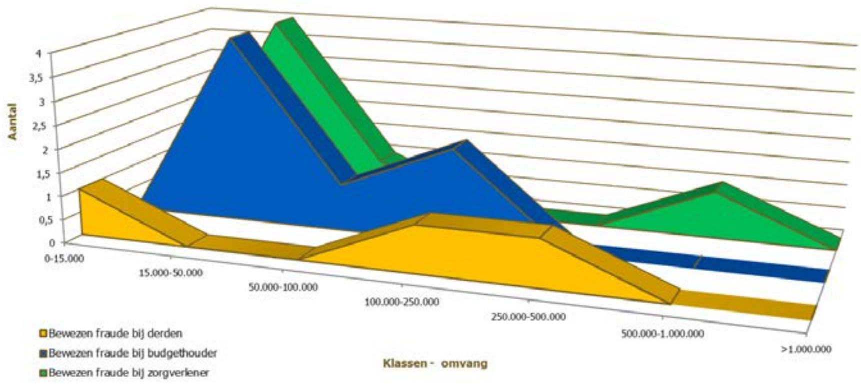
[37] Reclassering Nederland, Politie, UWV en sociale recherche.
[38] Zie voor terugvorderingen paragraaf 6.3.4. en hoofdstuk 7.

Fraudeomvang in zes klassen				
€	0	tot	€	15.000
€	15.000	tot	€	50.000
€	50.000	tot	€	100.000
€	100.000	tot	€	250.000
€	250.000	tot	€	500.000
€	500.000	tot	€	1.000.000

Bij een aantal dossiers is de omvang van de bewezen fraude nog onbekend, omdat het onderzoek nog niet is afgerond.

In onderstaande grafiek staat het aantal dossiers dat in een bepaalde klasse valt, onderscheiden naar de soort fraudeur: derden (bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus, bewindvoerders en grote zorginstellingen), budgethouder en zorgverlener.

Figuur 13: Fraude omvang per fraudeur



Bron: NZa

Hieruit is af te leiden dat derden (zoals o.a. familieleden, integrale zorgverleners, wettelijke vertegenwoordigers en bewindvoerders), voor het merendeel frauderen voor bedragen tussen de € 100.000 en € 500.000 of hele lage bedragen (<€ 15.000).

Budgethouders frauderen voornamelijk voor bedragen tussen de € 15.000 en € 50.000 of tussen de € 100.000 en € 200.000. Bij de lagere bedragen gaat het vermoedelijk om een periode van fraude met korte perioden (bijvoorbeeld budget van 1 jaar). Bij de hogere bedragen spelen naar verwachting budgetten over meerdere jaren een rol. Overigens dient opgemerkt te worden dat er verschillen zijn tussen zorgkantoren in de onderzochte periode en het onderzochte bedrag (gehele PGB-budget of deel van het budget).

Bij de zorgverleners is een tweedeling zichtbaar. In de lagere klasse (€ 15.000 - € 50.000) is de fraude mogelijk verklaarbaar doordat de fraude gepleegd wordt door bijvoorbeeld mantelzorgers en familieleden etc. (beschikbaarheid over een kleiner maximum te frauderen bedrag).

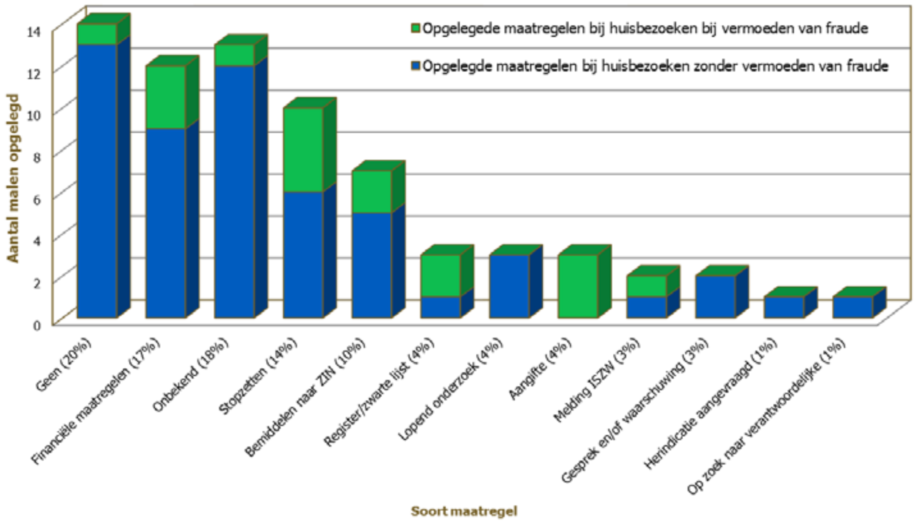
Bij de heel hoge bedragen (hoger dan € 500.000) gaat het mogelijk om fraude door de organisatie waar de zorgverlener in dienst is. Zorgverleners hebben in 5 van de 17 bewezen fraudedossiers misbruik gemaakt van de kwetsbaarheid van de budgethouder. Het gaat hierbij om risicogroepen zoals ouderen, GGZ-jongeren en verslaafden. Deze risicogroepen blijken een belangrijk doelwit voor potentiële fraudeurs. In 3 van de 17 gevallen blijkt er aantoonbaar samenspanning tussen budgethouder en fraudeur (zorgverlener, bemiddelingsbureau of derden) te zijn.

Door voorafgaand aan de verstrekking van een PGB een bewuste-keuzegesprek te voeren, kan inmenging van potentiële frauderende zorgverleners worden voorkomen. Ook bij de huisbezoeken kan malafide inmenging aan het licht komen.

6.3.4 Getroffen maatregelen, eventuele terugvordering en strafmaat

Bij bevindingen uit het huisbezoek worden diverse soorten maatregelen getroffen door de zorgkantoren. In onderstaande figuur zijn de genomen maatregelen visueel weergegeven.

Figuur 14: Maatregelen bij huisbezoeken



Bron: NZa

Uit de dossiercontrole blijkt dat in een derde van de (24 van de 71) gevallen een terugvordering van het PGB is ingesteld. In 85% van de gevallen waar fraude geconstateerd is heeft het zorgkantoor op dit moment een terugvordering ingesteld (geen rekening houdend met de gevallen waar het nog niet geregistreerd is). Bij de overige zaken is men het onderzoek uit aan het breiden met meerdere budgethouders bij die zorgverlener of heeft men op basis van belangenafweging[39] besloten geen vordering op te leggen.

Uit de beoordeling van de dossiers blijkt dat vaak gefraudeerd wordt door de zorgverlener, maar wordt de budgethouder hiervoor aansprakelijk gesteld. De vordering wordt dan neergelegd bij de budgethouder en die zal dan zelf privaatrechtelijk het geld moeten terugvorderen bij de zorgverlener. De NZa is van mening dat het juridisch mogelijk moet worden gemaakt om ook een frauderende zorgverlener rechtstreeks kunnen aanspreken tot terugbetaling in plaats alleen van de budgethouder.

De NZa adviseert om in de regelgeving te zorgen dat het zorgkantoor ook bij de frauderende zorgverlener rechtstreeks een vordering kan neerleggen. Dit betekent dat de aansprakelijkheid moet worden geregeld.

---

[39] Bij de vereiste belangenafweging gaat het om een afweging van enerzijds het belang van de budgethouder dat een onverwijlde voorziening wordt getroffen en anderzijds het door de onmiddellijke uitvoering van het besluit te dienen belang.

Een aantal zorgkantoren heeft dit opgelost door een akte van cessie. Met een 'akte van cessie' wordt een vordering (schuld) overgedragen. Dan neemt het zorgkantoor de vordering over en doet het proces namens de budgethouder.

6.3.5 Doorlooptijden

De doorlooptijden van fraudeonderzoeken door zorgkantoren variëren van 1 dag tot 1840 dagen (5 jaar). De gemiddelde doorlooptijd van de beoordeelde dossier bedraagt 280 dagen (9 maanden). Bij dossiers waar de fraude bewezen is bedraagt de doorlooptijd 365 dagen (1 jaar). De onderzoeken worden bemoeilijkt doordat het leveren van bewijs lastig is. Door de huisbezoeken neemt het aantal fraudesignalen fors toe, de concessiehouders hebben wel capaciteit vrijgemaakt voor de huisbezoeken maar (nog) niet volledig voor de follow up daarvan voor de fraudeonderzoeken.

Gedurende de looptijd van het onderzoek loopt het PGB veelal door en kan het niet worden stopgezet alvorens fraude is aangetoond. Daarbij is de kans groot dat de fraude met het PGB wordt voortgezet.

De NZa is van mening dat de zorgkantoren de doorlooptijden van het onderzoek moeten verkorten om de volgende redenen:

- De periode dat de fraude met het (gedurende het onderzoek doorlopende) PGB dient zo beperkt mogelijk te zijn;
- In gevallen waarbij de fraude niet wordt gepleegd door de budgethouder maar door een andere partij, dient de budgethouder hiervan zo snel mogelijk op de hoogte te zijn. En dient het zorgkantoor de controle uit te breiden tot de totale populatie budgethouders van deze andere partij (rekening houdend met privicy en propotionaliteit).

6.3.6 Rechtspraak

In de afgelopen jaren is het aantal rechterlijke uitspraken[40] over PGB-geschillen toegenomen. In 2005 tot en met 2009 waren dat 10 uitspraken. Van 2010 tot en met 2012 steeg het aantal uitspraken tot 161. Deze stijging heeft zich voorgezet tot 86 uitspraken in 2013 en 113 uitspraken tot en met 1 december 2014.[41] In dit onderzoek nemen we alleen de uitspraken van 2013 en 2014 mee.

De in totaal 199 uitspraken die in 2013 en in 2014 zijn gedaan zijn onder te verdelen in diverse rechtsgebieden: bestuursrecht[42] (157), civiel recht (32) en strafrecht (10).

Vaak gaat het bij bestuursrechtelijke zaken om een geschil over de terugvordering van het PGB. In de overige zaken gaat het bijvoorbeeld om onvoldoende administratie en daardoor een niet toereikende verantwoording. Andere voorbeelden zijn zaken de budgethouder geen verantwoording heeft afgelegd en zaken waarbij de verantwoording uit handen is gegeven.

---

[40] In het bestuursrecht, civiel recht, internationaal publiekrecht en strafrecht.

[41] Bron: www.rechtspraak.nl
Sinds 28 juni 2013 maakt de rechtspraak gebruik van een nieuwe indeling van de rechtsgebieden. Uitspraken van voor die datum zijn niet overgezet naar de nieuwe indeling.

[42] Dit betreft zaken van zorgkantoren tegen budgethouders.

Binnen het strafrecht is het OM in 90% (9 van de 10) van de zaken in het gelijk gesteld. De rechtbank acht de verdachte in de meeste gevallen schuldig aan valsheid in geschrifte, witwassen en/of verduisteren van geldbedragen. De rechtbank heeft de verdachte in 8 zaken veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf (eventueel aangevuld met taakstraf). De gevangenisstraffen variëren van 3 tot 20 maanden. In één zaak heeft de rechtbank de verdachte veroordeeld tot een boete van € 100.000,-.

In veel gevallen waarin uitspraken door de rechter zijn gedaan binnen het bestuursrecht en civiel recht worden niet of nauwelijks andere maatregelen opgelegd dan terugvordering van het gefraudeerde bedrag.

Het is opvallend dat in twee derde van de gevallen de budgethouder in hoger beroep gaat. In de meeste gevallen verliest de budgethouder de zaak en wordt het zorgkantoor in het gelijk gesteld.[43]

Bij de beoordeling van de rechtspraak is een centrale lijn te onderkennen, die hieronder op hoofdlijnen uiteen is gezet:
- PGB ten onrechte geweigerd, omdat de zorg die budgethouder nodig heeft alleen met een PGB kan worden ingekocht.
- Het niet honoreren van bepaalde vorm van zorg. Het gaat hierbij om Yoga-therapie, Agorafobie en bijvoorbeeld Job coaching.
- De budgethouder is zelf niet bekwaam om het PGB te beheren.
- Indicatiestelling en het daarbij behorende aantal geïndiceerde uren is niet juist (meer uren of afbouw huidige indicatie).
- Discussie over de doorbetaling van zieke zorgverleners.[44]
- Een arbeidsovereenkomst die in het kader van een PGB (die tevens zorgovereenkomst is) is afgesloten is niet geheel vergelijkbaar met een gewone arbeidsovereenkomst. De budgethouder/werkgever verkeert over het algemeen niet in de sterkere positie ten opzichte van de werknemer, waarin het arbeidsrecht wordt uitgegaan;
- Naast PGB-onrechtmatigheden zijn er in een aantal casussen ook andere soortige onregelmatigheden met overheidsgelden geconstateerd.

De volgende adviezen kunnen daarbij gegeven worden:
- De mogelijkheid tot het verplicht het aanstellen van vertegenwoordiger (verplichting opnemen in de toekenningsbeschikking).
- De bewindvoerder ook wettelijk aansprakelijk stellen voor de bestedingen uit het PGB.
- De informatievoorziening verbeteren over welke zorg wel en niet ingekocht kan worden.
- Het bekwaam zijn om een PGB te voeren en/of deze uit te besteden (of gewaarborgde hulp krijgen) moet eenduidig en helder worden vastgesteld.
- Het blijven uitvoeren van face-to-face gesprekken door het indicatieorgaan in alle domeinen (binnen de Wlz zal dit plaatsvinden via CIZ en bij de Zvw via wijkverpleegkundige).
- Het blijven voortzetten van herindiceren bij signalen en de mogelijkheid voor het zorgkantoor om een ambtshalve herindicatie

---

[43] Deze zaken betreffen voornamelijk civiel- en bestuursrechtelijke zaken.
[44] Op dit moment wordt het ziekengeld (voor de vervangende zorgverlener) rechtstreeks op de rekening van de budgethouder gestort. Hiervan krijgen de zorgkantoren periodiek een overzicht vanuit de SVB. Doordat er geen controle is op de besteding hiervan is niet duidelijk of daadwerkelijk vervangende zorg wordt ingekocht. Op de budgetafrekeningen bij de zorgkantoren is geen rekening in de eindbeschikking met het weergeven van deze bedragen.

aan te vragen. Op dit moment zijn over de mogelijkheden tot melding onduidelijkheden bij het zorgkantoor.
- Het verantwoording laten afleggen van ingekochte zorg bij ziekte zorgverlener en hierop controle uitoefenen.[45]
- De arbeidsrechtelijke beoordeling van de arbeidsovereenkomsten met zorgverleners kan ondersteuning bieden voor de budgethouder om een gezonde werknemer/werkgever relatie te onderhouden. Vanaf 2015 beoordeelt de SVB de contracten ook arbeidsrechtelijk binnen de Wlz. In overige domeinen blijft het advies van toepassing.
- Blijf werkzaamheden uitvoeren om fraude tegen te gaan en maak hierbij gebruik van risicoanalyses. Daarnaast kritisch blijven beoordelen van de werkzaamheden en risico gerichte controles blijven uitvoeren. De noodzaak hiertoe blijkt uit deze casussen.
- De NZa pleit voor een verdere samenwerking tussen instanties, om anders soortige fraude (belastingfraude, bijstandsfraude e.d.) verder aan te pakken.

6.3.7 Discretionaire bevoegdheid zorgkantoren

Als de budgethouder zijn verplichtingen niet is nagekomen en hij zijn PGB niet rechtmatig heeft gebruikt kan het zorgkantoor een vordering instellen tot terugbetaling van (een deel van) het PGB. Daarbij heeft het zorgkantoor de discretionaire bevoegdheid om het PGB te verlagen. Bij gebruikmaking van deze bevoegdheid moet het zorgkantoor een evenredige belangenafweging maken op grond van de in artikel 3:4 van de Awb neergelegde verplichting tot evenredige belangenafweging. Daarbij gaat het om een afweging van het belang van handhaving van de niet nagekomen verplichting en de gevolgen van de verlaging voor de ontvanger, waarbij tevens de ernst van de tekortkoming en de mate waarin deze aan de ontvangen kan worden verweten van belang is.[46]
Uit het onderzoek blijkt dat de onderbouwing niet altijd volledig is. De NZa is van mening dat deze vastlegging van deze afweging door de zorgkantoren zorgvuldig en helder gedocumenteerd dient te worden.

6.3.8 Extern verwijzingsregister

Zorgkantoren kunnen via een omweg (als derde-organisatie) gebruik maken van het externe verwijzingsregister (EVR) om fraudeurs te toetsen en te registreren. Meldingen in het EVR vinden dan plaats via de zorgverzekeraar, omdat een zorgkantoor volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) niet kan worden beschouwd als ‘financiële instelling’. De NZa adviseert om het PIFI juridisch te verruimen zodat zorgfraudes door het zorgkantoor eveneens rechtstreeks geregistreerd worden.

6.3.9 Casuïstiek uit onderzochte dossiers

De door de NZa onderzochte dossiers leveren aanknopingspunten op voor de verdere verbetering van de aanpak van PGB-fraude.
Op basis van deze casuïstiek doet de NZa de volgende aanbevelingen:
- Naast de inschrijving in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) dient ook via periodieke bestandsanalyse het permanente woonadres van de PGB-houder te worden gecheckt om de woonadressen tijdens de looptijd van het budget te controleren door het zorgkantoor. Het is namelijk mogelijk dat personen wel zijn ingeschreven in het GBA,

[45] Bij trekkingsrecht (Wlz) zal met de inrichting van het systeem rekening worden gehouden met het verantwoorden en inzichtelijk maken van de kosten van de vervangende zorgverlener.
[46] Kamerstukken II 1993/94, 23700, nr. 3, p. 74.

maar permanent in het buitenland verblijven. In dat geval hebben zij geen recht op een PGB.
- Een permanente link tussen de administratie van het zorgkantoor met de GBA is nodig om overlijdensgevallen te signaleren en het PGB-stop te zetten.
- Gescheiden ouders moeten er duidelijk door het zorgkantoor op worden gewezen dat zij beiden wettelijk vertegenwoordiger zijn en daarmee beiden verantwoordelijk voor het PGB van hun kind(eren). Als één van beide ouders fraudeert met het PGB zonder medeweten van de ander zijn beiden hiervoor aansprakelijk.
- Het zorgkantoor moeten duidelijke normen vaststellen voor de kwaliteit van de zorg die met een PGB mag worden ingekocht. Op dit moment ontbreekt een maatstaf voor kwaliteit, terwijl de budgethouder wel verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ingekochte zorg.
- PGB's die voor een bepaalde periode worden toegekend moeten na verloop van deze periode niet 'automatisch' opnieuw te worden verstrekt. Aan het einde van de looptijd van een PGB dient door het CIZ te worden gecheckt of de budgethouder nog steeds recht heeft op een PGB.
- Zorgkantoren moeten budgethouders vragen om bij hun PGB-verantwoording facturen toe te voegen waaruit blijkt dat de ingekochte zorg daadwerkelijk is geleverd. Dit voorkomt het 'blind' tekenen van declaraties door de budgethouder en verhoogt de transparantie.
- De regelgeving ten aanzien van de kosten die uit een PGB mogen worden betaald dient te worden aangescherpt door het ministerie van VWS en uitgewerkt te worden door het zorgkantoor. Het betalen van materiële zaken en reizen uit het PGB dient te worden verboden.
- Bij de verstrekte PGB's dient door middel van bestandsvergelijkingen gecontroleerd te worden of hiervoor een indicatie van het CIZ en/of Bureau Jeugdzorg (BJZ) is afgegeven. Op die manier kan worden voorkomen dat op basis van een 'valse' indicatie een PGB wordt toegekend.
- Het CIZ dient zijn controles op (her)indicatie(s) aan te scherpen. Dit voorkomt dat budgethouders een hoger PGB krijgen dan waarop zij op grond van hun zorgbehoefte recht hebben.
- Gedetineerden moeten via voorlichting van de zorgkantoren erop worden gewezen dat zij gedurende de periode van detentie geen recht hebben op een PGB en daarnaast de verplichting hebben dit aan het zorgkantoor te melden.
- Budgethouders moeten door de zorgkantoren (blijvend) op worden gewezen dat er andere tarieven van toepassing zijn bij zorg/verblijf in het buitenland en dat men meldingsplicht heeft.

6.4 Conclusies

De volgende conclusies kunnen worden getrokken naar aanleiding van de PGB-fraudedossiers:
- Zorgkantoren ontvangen signalen over vermoedens van fraude voornamelijk via de huisbezoeken en van overige overheidsinstanties. Huisbezoeken lijken daarmee een goed instrument om fraude op te sporen.
- Van het totaal aantal onderzochte fraudedossiers is ongeveer de helft (57%) van het gedeclareerde bedrag afgekeurd en als fraude aangemerkt. Gelet op het aantal fraudeonderzoeken dat zorgkantoren uitvoeren is dit relatief beperkt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat opzet en daarmee fraude moeilijk is aan te tonen.

- In ruim een derde (33 van de 85) van de in 2013 door de concessiehouder gesloten dossiers fraudedossiers is de fraude daadwerkelijk bewezen. Hierbij gaat het om een bedrag van bijna € 11 miljoen aan bewezen fraude. Daarvan is het meest gefraudeerd door de budgethouder en de zorgverlener voor bedragen tussen de 15.000 en 50.000 euro.
- Fraude bij PGB's vindt vaak plaats door de zorgverlener, maar het onterecht uitgekeerde geld wordt teruggevorderd bij de budgethouder. Die moet dit dan weer zelf terugvorderen bij zijn of haar zorgverlener.
- Bij fraude door derden (bemiddelingsbureaus, bewindvoerders) blijkt uit dit onderzoek dat het om relatief grote bedragen, variërend van 100.000 – 500.000 euro gaat.
- In twee derde van de onderzochte fraudedossiers was fraude niet aantoonbaar. Het aantonen van PGB-fraude is moeilijk omdat het lastig is om aan te tonen dat er bewust (met opzet) is gehandeld én vanwege het medisch beroepsgeheim. Door dit laatste is bijvoorbeeld indicatiefraude moeilijk op te sporen.
- Het voeren van bewuste-keuzegesprekken en het afleggen van huisbezoeken dragen bij aan het opsporen van fraude. Daarom is het van belang dat zorgkantoren hiermee permanent doorgaan, in aanvulling op de andere controlemiddelen.

6.5 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en conclusies doet de NZa de volgende aanbevelingen:

- De NZa beveelt de wetgever aan om het juridisch mogelijk te maken dat de betreffende instantie de frauderende zorgverleners rechtstreeks kunnen aanspreken tot terugbetaling. In de huidige situatie wordt teruggevorderd bij de budgethouder als de zorgverlener fraudeert.
- De NZa adviseert de zorgkantoren om de doorlooptijden van de fraudeonderzoeken te verkorten om de volgende redenen:
  - De periode dat gefraudeerd wordt met het (gedurende het onderzoek doorlopende) PGB dient zo beperkt mogelijk te zijn;
  - In gevallen waarbij de fraude niet wordt gepleegd door de budgethouder maar door een andere partij, dient de budgethouder hiervan zo snel mogelijk op de hoogte te zijn.
- Het verdient aanbeveling dat de zorgkantoren gedurende de looptijd van een fraude onderzoek aanvullende eisen te stellen aan de voortzetting van het PGB.
- De NZa adviseert om het PIFI juridisch te verruimen zodat zorgfraudes door het zorgkantoor eveneens rechtstreeks geregistreerd worden.
- De NZa adviseert ervoor te zorgen dat er goede (financiële) prikkels zijn voor de zorgkantoren om tijdig te controleren op fraude en om achteraf opgespoorde fraude te melden. In de AWBZ (nu Wlz) lopen zorgkantoren geen risico. Bij de verkenning van deze mogelijkheden denken wij graag mee.

7. Openstaande vorderingen PGB

7.1 Inleiding

Zorgkantoren nemen de vorderingen op PGB-houders op in hun financiële verantwoording. De vorderingen op budgethouders kunnen ontstaan door:

- Onderbesteding van het PGB-budget. De budgethouder heeft niet het volledige budget gebruikt en moet het bedrag dat over is terugbetalen aan het zorgkantoor.
- Onrechtmatige besteding van het PGB-budget. Als bij controle is gebleken dat de budgethouder (een deel van) het budget niet rechtmatig heeft besteed, moet dit onrechtmatig betaalde bedrag worden terugbetaald aan het zorgkantoor.
- Beëindiging van het PGB. Als het PGB wordt stopgezet dan moet men verantwoording afleggen over de periode waarover zorg is ontvangen (met mogelijk onderbesteding of onrechtmatige besteding tot gevolg). Daarnaast moet men voor de periode waarvoor een voorschot voor de in te kopen zorg is ontvangen terugbetalen.

7.2 Onderzoekaanpak

Om te onderzoeken wat het effect is van de intensiveringsmaatregelen op de ontwikkeling van de openstaande vorderingen PGB heeft de NZa gekeken naar het verloop van het saldo openstaande vorderingen in de afgelopen jaren en de ouderdom hiervan. Daarbij is gebruik gemaakt van de opgaven van de openstaande vorderingen die zorgkantoren eens per kwartaal bij de NZa indienen.

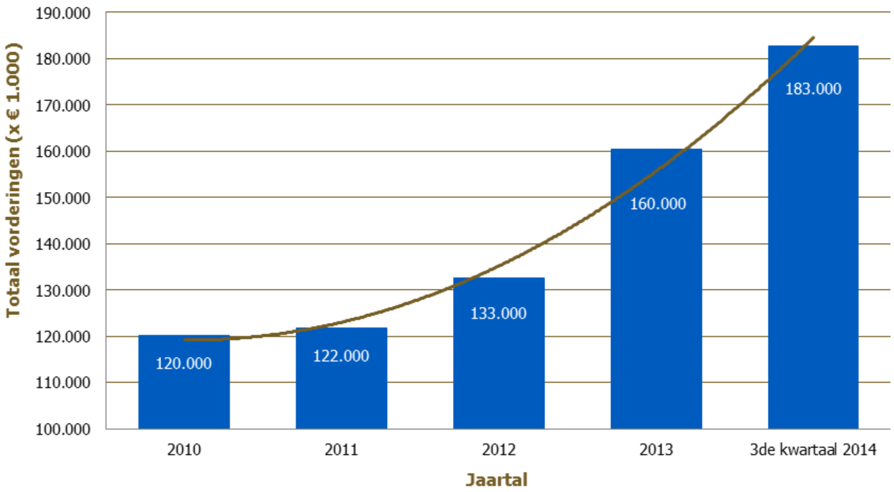
Daarnaast zijn bij elk zorgkantoor drie soorten dossiers beoordeeld, onderscheiden naar ontstaansgrond van de vordering:

- Vordering ontstaan door onderbesteding van het PGB-budget;
- Vordering ontstaan door onrechtmatige besteding van het PGB-budget;
- Vordering ontstaan door beëindiging van het PGB.

7.3 Bevindingen

Het totale saldo openstaande vorderingen vertoont sinds 2010 een explosieve stijging (zie figuur 15 op de volgende pagina). Ook in 2014 heeft deze sterke stijging zich voortgezet. Hierbij speelt een rol dat 75% van de zorgkantoren vanaf 2013 vorderingen over oude jaren niet meer verrekenen met de nieuwe budgetten, maar in plaats daarvan het volledige oude budget als vordering opnemen. Dit draagt bij aan een toename van de vorderingenstand.

Figuur 15: Ontwikkeling PGB-vorderingen



Bron: NZa

Het verloop van de vorderingen kan muteren door verschillende factoren, zoals het verstrekken van nieuwe PGB's, betalingen vanuit het PGB door budgethouders, afboeking van vorderingen wegens oninbaarheid en eventuele andere mutaties. In onderstaande tabel is het verloop van de vorderingen opgenomen.

Tabel 12: Verloop stand van de vorderingen

Verloopoverzicht stand vorderingen op budgethouders PGB	2011	2012	2013	Q3 2014[47]
	€ (x 1.000)	€ (x 1.000)	€ (x 1.000)	€ (x 1.000)
Stand per begin periode	**120.300**	**121.800**	**132.700**	**160.500**
Mutatie door nieuwe vorderingen (+/+)	198.200	325.300	396.700	330.000
Mutatie door betalingen (-/-)	-173.600	-279.500	-338.000	-297.100
Mutatie door afboekingen (-/-)	-8.300	-20.800	-11.000	-10.800
Mutatie door overige mutaties (-/-)	-14.800	-14.100	-19.900	200
Stand per einde periode	**121.800**	**132.700**	**160.500**	**182.800**

Bron: NZa

De toename van de vorderingen ontstaat vooral door de afgifte van nieuwe PGB's. Tot het derde kwartaal 2014 levert dit een toename van de vorderingen op van € 330 miljoen. De verwachting is dat over geheel 2014 de vorderingen op de nieuw afgegeven PGB's het bedrag van € 400 miljoen zullen overstijgen. Verder blijkt dat het bedrag aan afboekingen achterblijft bij het totale saldo van de vorderingenstand. Zorgkantoren laten vorderingen lang openstaan, omdat zij geen belang hebben bij het afboeken hiervan (er is geen financiële prikkel naast het uitvoeren van de wettelijk taak en het verantwoord omgaan met maatschappelijk geld). Hierdoor blijft het totale saldo wel inzichtelijk, maar of dit ook realistisch is kan worden betwijfeld.

[47] De cijfers voor 30-9-2014 bevatten voor één zorgkantoor een schatting van het totaal per einde periode.

7.3.1 Ouderdom van de vorderingen

De ontwikkeling van de openstaande vorderingen, verdeeld naar ouderdom van de vordering, is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 13: Verloop stand van de vorderingen

Looptijd van de vordering	31-12-2011 € (x 1.000)	31-12-2012 € (x 1.000)	31-12-2013 € (x 1.000)
> 3 jaar	14.300	17.500	36.000
1 jaar tot 3 jaar	59.300	58.700	59.900
0,5 jaar tot 1 jaar	21.600	25.200	32.700
< 0,5 jaar	26.600	31.400	31.900
Stand per einde periode	**121.800**	**132.800**	**160.500**

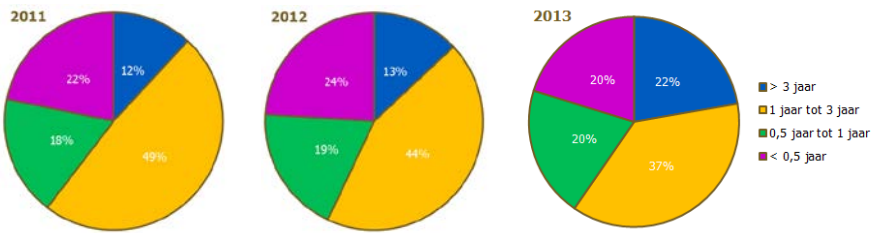
Bron: NZa

Bij de vorderingen is vooral een forse toename te constateren bij de vorderingen ouder dan 3 jaar. De vorderingen tussen 0 en 1 jaar blijven constant. De intensivering van de controles door zorgkantoren hebben ertoe geleid dat het totaal bedrag aan vorderingen is toegenomen. Door deze controles zijn meer onrechtmatigheden ontdekt, waardoor (delen van) het budget moeten worden terugbetaald. Een manco is dat een zorgkantoor verder weinig mogelijkheden meer heeft.

Naast intensievere controles hebben zorgkantoren het incassotraject voor openstaande vorderingen aangescherpt aan de hand van het incassoprotocol. Dit heeft ertoe geleid dat alle zorgkantoren hetzelfde incassotraject hanteren. Hierbij dient te worden opgemerkt dat incassotrajecten de nodige inspanningen vragen van zorgkantoren. Het zou efficiënter zijn als één centrale partij de incassowerkzaamheden namens alle zorgkantoren zou uitvoeren.

In onderstaande figuur is de procentuele verdeling van de vorderingen naar looptijd weergegeven. De sterke absolute toename van de vorderingen ouder dan 3 jaar is hierin zichtbaar:

Figuur 16: Procentuele verdeling PGB-vorderingen



Bron: NZa

Naar mate de vorderingen ouder zijn, neemt de kans op oninbaarheid toe. Een discussiepunt hierbij is dat momenteel niet duidelijk hoe zorgkantoren met langlopende, oninbare vorderingen moeten omgaan. Onrechtmatig uitbetaalde bedragen mogen immers niet ten laste van de AWBZ worden gebracht.

De NZa verwacht niet dat het totaalbedrag aan openstaande PGB-saldi de komende jaren zal blijven toenemen, vooral door de invoering van trekkingsrechten. Het PGB-budget wordt dan niet meer op de bankrekening van de budgethouder gestort, maar bij de SVB. Daarvoor wordt betaald op basis van declaratie achteraf en vindt geen

bevoorschotting meer plaats. Met als gevolg dat het oninbaarheidsrisico voor niet bestede PGB-budgetten nihil is. Het risico van oninbaarheid van vorderingen die ontstaan door onrechtmatige zorg blijft onveranderd door het invoeren van trekkingsrecht. Daarnaast zal het innen van de vorderingen lastig blijven. Het ministerie van VWS dient sterk rekening te houden met het feit dat deze vorderingen niet worden terugbetaald gaan worden naar de zorgkantoren en meer vorderingen afgeboekt zullen gaan worden.

7.3.2 Incassotraject van de vorderingen

In het Incassoprotocol van ZiNL is vastgelegd welke werkzaamheden zorgkantoren moeten uitvoeren om openstaande vorderingen te innen. Ongeveer de helft (40-50%) van de vorderingen is uitbesteed aan een incassobureau. Het aantal openstaande vorderingen met een betalingsregeling neemt niet toe en blijft nagenoeg gelijk de afgelopen jaren (10%).

7.3.3 Dossiercontrole

De NZa heeft een dossiercontrole uitgevoerd om te onderzoeken waardoor vorderingen ontstaan en of er verschillen zijn in het incassotraject. Het blijkt dat de inbaarheid van de vorderingen niet afhankelijk is van de oorzaak waardoor de vordering is ontstaan. Ontstaansoorzaken kunnen bijvoorbeeld onderbesteding van het budget of onrechtmatig uitbetaalde bedragen aan zorgverleners zijn. In het merendeel van de gevallen is het geld dat voor het PGB is ontvangen en terugbetaald dient te worden, al opgemaakt. Hierbij gaat het vaak om aanzienlijke bedragen, waardoor het ineens terugbetalen in veel gevallen onmogelijk is. In een aantal gevallen is geen incassotraject ingezet maar is een betalingsregeling getroffen.

7.4 Conclusies

De volgende conclusies kunnen worden getrokken naar aanleiding van de PGB-vorderingen:

- Mede doordat zorgkantoren hun controlewerkzaamheden hebben geïntensiveerd is het saldo openstaande vorderingen sterk toegenomen. Door de scherpere controles zijn meer onrechtmatigheden ontdekt waardoor budgethouders het budget (deels) moeten terugbetalen.
- Vooral het saldo vorderingen dat al meerdere jaren openstaat, neemt gestaag toe. Naar verwachting zullen deze vorderingen grotendeels oninbaar blijken en zullen zorgkantoren deze moeten afboeken. De ouderdom van de vordering ontslaat de zorgkantoren niet van hun verplichting om incassowerkzaamheden uit te blijven voeren. Indien vordering is afgeboekt ontslaat dit de zorgkantoren wel van hun verplichting om voor die vorderingen die zijn afgeboekt incassowerkzaamheden uit te blijven voeren.

7.5 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en conclusies doet de NZa de volgende aanbevelingen:

- Het ministerie van VWS dient een beslissing te nemen over de wijze waarop zorgkantoren moeten omgaan met het afboeken van langlopende oninbare vorderingen. Onrechtmatig uitbetaalde bedragen mogen formeel namelijk niet ten laste van de subsidieregeling PGB[48] worden gebracht. Er dient duidelijkheid te komen over de wijze waarop onrechtmatige uitbetaalde bedragen dienen te worden verantwoord en bekostigd.
- Het ministerie van VWS dient in de regelgeving maatregelen op te nemen indien budgethouders onrechtmatig uitbetaalde of niet volledig bestede PGB-gelden niet terugbetalen. In de huidige situatie kunnen zorgkantoren geen sancties treffen bij niet terugbetaling.
- Het incassoprotocol voor verantwoordingsjaar 2015 dient te worden opgesteld, of de oude regeling dient te worden verlengd om ervoor te zorgen dat zorgkantoren zich blijven inspannen om openstaande vorderingen te innen.
- Het incassoprotocol dient behalve op budgethouders ook van toepassing te worden op (aantoonbaar onrechtmatig uitbetaalde gelden aan) zorgverleners. Zie hiervoor de eerdere aanbeveling omtrent het juridisch mogelijk maken dat de zorgkantoren de frauderende zorgverleners rechtstreeks kunnen aanspreken tot terugbetaling. Door de invoering van trekkingsrechten per 1 januari 2015 staan niet volledig bestede PGB-budgetten niet meer op rekening van de budgethouder, maar op rekening bij de SVB. Hierdoor ontstaan bij onderbesteding van het PGB geen vorderingen meer op de budgethouder. De vorderingen in 2015 zullen ontstaan uit aantoonbare onrechtmatig uitbetaalde bedragen aan zorgverleners (al dan niet in samenspanning met budgethouder).
- Het verdient aanbeveling om één partij aan te wijzen die de incassowerkzaamheden namens alle zorgkantoren uitvoert. Het initiatief dat enkele zorgkantoren en de SVB hierin al nemen vindt de NZa positief.

[48] Vanaf 2015 ten laste van de Wlz.

8. Verdieping prestatiemeting AWBZ

8.1 Verdieping AWBZ regulier onderzoek

Bij de prestatiemeting AWBZ heeft de NZa de zorgkantoren verdiepende vragen gesteld over de aanpak van PGB-fraude. Deze vragen hebben betrekking op:
- Clientgerichte en cliënt vriendelijke informatieverstrekking;
- De uitvoering van het PGB-proces.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de zorgkantoren een cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking geven aan budgethouders (prestatie indicator 2). Van alle zorgkantoren scoort 35% een voldoende op deze indicator en 65% een goed. In het samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2013[49] zijn de detailbevindingen nader uiteen gezet. De belangrijkste verbeteringen die zorgkantoren bij hun informatievoorziening kunnen doorvoeren zijn:
- Het nog toegankelijker, explicieter en duidelijker opstellen (en beheren) van de websites (voorbeelden zijn 10-uurs eis en wijzen op consequenties voor fraude).
- Het toesnijden van de communicatie op de individuele situatie van de budgethouder (in brieven alleen opnemen wat specifiek voor de budgethouder van toepassing is).
- Het vergroten van de begrijpbaarheid/duidelijkheid van de betalingsstroom. Bijvoorbeeld door specifieker aan te geven wanneer de betaling gaat plaatsvinden.
- Het verzenden van een factuur of acceptgiro indien een budgethouder een bedrag terug moet betalen aan het zorgkantoor in plaats van het verrekenen met een voorschot van de volgende periode. Overigens is vanwege de pilot trekkingsrechten bewust gekozen om deze maatregel niet door te voeren.
- Het tijdig, dat wil zeggen 2 maanden, voor het verstrijken van de indicatieperiode informeren van de budgethouder door het zorgkantoor over het aanvragen van een herindicatie.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de zorgkantoren hun PGB-administratie voldoende hebben ingericht (prestatie indicator 8). Van de 11 zorgkantoren scoort 35% een voldoende op deze prestatie indicator en 65% een goed. In het samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2013 zijn de detailbevindingen nader uiteen gezet. De belangrijkste verbeteringen die zorgkantoren bij het PGB-proces kunnen doorvoeren zijn:
- Het aantoonbaar vastleggen van de uitgevoerde controles (over de gehele administratie) zodat het bestaan en de werking hiervan vastgesteld kan worden.
- Het kritisch (blijven) uitvoeren van de controlewerkzaamheden zodat misbruik en oneigenlijk gebruik van PGB-budget tijdig wordt geconstateerd en aangepakt.
- Permanent aandacht besteden aan de risicoanalyse en het intern controleplan die beide zijn gericht op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven, waarbij rekening wordt gehouden met factoren per zorgkantoor/regio.

---

[49] Zie site NZa.
http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Uitvoering_AWBZ_2013_DEF.pdf

- Het effectief invulling geven aan de uitvoering van bestandsanalyses en kansen benutten om bestandsanalyses in te zetten voor het uitvoeren van controles op de totale populatie PGB-houders.
- Het in alle gevallen adequaat opvolgen van bevindingen uit de huisbezoeken en het inzetten van vervolgacties.

8.2 Conclusie

De zorgkantoren hebben hun PGB-administratie voldoende ingericht. Ongeveer twee derde van de zorgkantoren scoort goed op cliëntvriendelijke en cliëntgerichte informatieverstrekking. Het proces kan altijd verder worden geoptimaliseerd. De NZa hoopt dat de stijgende tendens in de controleaanpak bij de zorgkantoren wordt doorgezet.

De NZa blijft in haar reguliere jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de Wlz (prestatiemeting) aandacht besteed aan de uitgevoerde controles door de zorgkantoren. Indien noodzakelijk zullen minimale vereisten worden vastgelegd in de prestatiemeting of nadere regels.

9. Trekkingsrechten

9.1 Trekkingsrechten

De invoering van een systeem van trekkingsrechten is een instrument om de PGB-regeling op langere termijn fraudebestendiger te maken. Daarbij krijgt de budgethouder het budget niet meer op zijn eigen bankrekening gestort, maar wordt het budget beheerd door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Daarbij betaalt de SVB rechtstreeks de zorgverleners, in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de budgethouder de zorgverlener betaalt.

Door het trekkingsrechtensysteem krijgt de budgethouder een actueler en overzichtelijker inzicht in de bestedingen van het PGB.[50] Elke maand stuurt de SVB de budgethouder een overzicht met wat betaald is en het resterende budget. Daarnaast heeft de budgethouder de mogelijkheid om via 'Mijn PGB' online het budget en betalingen te bekijken. De budgethouder heeft hiermee altijd een actueel inzicht in de besteding van het budget en niet pas bij de eindverantwoording. Dit geeft betere mogelijkheden voor de budgethouder om over- en/of overbesteding tijdig bij te sturen. De zorgkantoren kunnen op basis van deze informatie signalen gaan herkennen en hierop anticiperen.

Door het invoeren van trekkingsrecht is het mogelijk om alle betalingen aan zorgverleners vooraf te controleren op een aantal onderdelen. Het betreft dan: aanwezigheid van een contract tussen zorgverlener en PGB-houder, controle of sprake is van wettelijke zorg, arbeidsrechtelijke voorwaarden van de zorgovereenkomsten en tariefcontrole. Deze onderdelen worden vastgelegd in zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen. Door de invoering van trekkingsrecht verschuift een deel van de controle van achteraf naar vooraf. De controle vooraf is echter geen volledig substituut voor de controle achteraf. Het uitvoeren van de controle vooraf ondersteunt het zorgkantoor bij de uitvoering, maar controles achteraf blijven noodzakelijk om vast te stellen of sprake is van rechtmatige zorg.

Daarnaast gaat de SVB de inkomens van zorgverleners doorgeven aan de fiscus. Hierdoor verminderen de mogelijkheden om vanuit een PGB zwart te werken en belastingfraude.

Op 1 januari 2015 is het Servicecentrum PGB (verder SVB) het beheer over de geldstromen gaan uitvoeren (trekkingsrecht) voor alle PGB-houders in de Wmo en de Wlz.[51] De budgethouders in de Zvw kunnen gebruik van de SVB, dit is echter geen verplichting.

Het startpunt van het proces trekkingsrechten is het zorgkantoor, dat een toekenningsbeschikking opstelt en toestuurt aan de SVB. Zodra de toekenningsbeschikking gereed is, vraagt het zorgkantoor een zorgovereenkomst en zorgbeschrijving op bij de budgethouder. De budgethouder stuurt de stukken naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor

---

[50] Voorheen diende de budgethouder dit zelf bij te houden en kreeg de budgethouder veelal pas het inzicht tijdens het opstellen van een verantwoording.

[51] Aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) is een bijdrage beschikbaar gesteld van € 11.671.179 in verband met de uitvoeringskosten van het Projectplan Invoering Trekkingsrechten PGB.
Bron: Memorie van toelichting - Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 34 085 XVI, nr. 2.

zorgt ervoor dat de zorgovereenkomst doorgezet wordt naar het SVB via een digitale omgeving. De SVB controleert de zorgovereenkomst op de arbeidsrechtelijke voorwaarden en op uitvoerbaarheid (administratief). Als de zorgovereenkomst arbeidsrechtelijk juist is, wordt deze in een portal geplaatst van het zorgkantoor. Het zorgkantoor voert een zorginhoudelijke toets uit op de zorgovereenkomst. Als dit akkoord is geeft het zorgkantoor dit door aan de SVB en geeft daarbij ook aan welke maximumtarieven[52] gehanteerd mogen worden. Vanaf dat moment kan betaald worden door de SVB.

De SVB betaalt de zorgverlener pas uit als de zorgovereenkomst zowel arbeidsrechtelijk als zorginhoudelijk is goedgekeurd. Als de SVB betalingen doet stuurt zij de budgethouder een bevestiging hiervan in de vorm van een budgetoverzicht. Dit kan op basis van een factuur, declaratie of vast maandloon[53], zowel digitaal als op papier.[54] Hierdoor vervalt ook de verplichting tot het invullen van een verantwoordingsformulier, wat een vermindering van de administratieve last is voor de budgethouder. Als het jaar is afgesloten stelt de SVB een eindafrekening op.

De budgethouder kan een vrijwillige storting[55] doen bij de SVB om 1) extra zorg in te kopen of 2) om de zorgverlener een hoger tarief te betalen dan het toegestane maximumtarief. Voorwaarde hiervoor is dat dit hogere tarief contractueel is vastgelegd. Op dit moment is geen maximum gesteld aan het te storten vrijwillige bedrag. De budgethouder kan hierdoor de rekening bij de SVB gebruiken als bankrekening. De NZa adviseert in het kader van mogelijke witwaspraktijken te onderzoeken wat hierin de mogelijkheden zijn.

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor een toereikend saldo om de PGB-budgetten uit te betalen. De betalingen namens de zorgkantoren worden door ZiNL gedaan op de rekening courant van de SVB bij het ministerie van Financiën.

Op dit moment zijn zorgkantoren en de SVB in gesprek over de mogelijkheden van het mandateren van PGB-vorderingen. Dat houdt in dat de SVB voor het zorgkantoor het incassotraject gaat uitvoeren.

Daarnaast hebben de zorgverzekeraars en SVB gesprekken gevoerd om de verloning van PGB-zorgverleners binnen de PGB-Zvw via de SVB te laten verlopen. Betaling van zorgverleners uit het PGB-Zvw kan momenteel al lopen via de SVB als er sprake is van salarisadministratie of opting-in.

---

[52] Net zoals in de AWBZ zijn in de Wlz maximum tarieven opgenomen voor mantelzorgers (€ 20) en professionele zorgaanbieders (€ 63 per uur of € 58 per dagdeel).

[53] De SVB had voorgaande jaren een mogelijkheid om de salarisadministratie gratis uit te voeren als de budgethouder een arbeidsovereenkomst heeft met een zorgverlener die minimaal 4 dagen per week voor de budgethouder werkt, of als gekozen is voor opting-in. Van deze mogelijkheid maakte ongeveer 1/3 van de budgethouders gebruik. In de Wlz staat (artikel 3.3.3. lid 7 Wlz) dat: “De Sociale verzekeringsbank voert namens de zorgkantoren de betalingen ten laste van verstrekte persoonsgebonden budgetten, alsmede het hiermee verbonden budgetbeheer,uit.” Tot de uitvoerende taken van de SVB behoort ook het faciliteren van verplicht werkgeverschap. Bovenstaande is niet verplicht bij een arbeidsovereenkomst van 3 dagen en minder en waarbij de budgethouder dus onder de ‘regeling dienstverlening aan huis’ valt.

[54] Tijdens de pilot trekkingsrechten was de verhouding tussen op papier indienen en digitaal 50%/50%.

[55] Over de PGB-bedragen wordt geen rente vergoed. Ook niet over de vrijwillige bijstorting.

Het uitvoeren van werkzaamheden door de SVB ontheft de zorgkantoren niet van hun verantwoordelijkheid. Het zorgkantoor blijft verantwoordelijk voor een doelmatige en rechtmatige uitvoering van het PGB. De NZa adviseert om de verantwoordelijkheden van de SVB en die van de zorgkantoren duidelijk vast te leggen en daarbij ook afstemming te zoeken met het diverse toezicht instanties (SVB valt niet onder toezicht van de NZa).

9.2 Procesgang voor invoering per 2015

Voor de start van het nieuwe systeem moeten twee documenten bij het zorgkantoor worden aangeleverd:

- Een zorgbeschrijving, waarin de budgethouder aangeeft welke zorg geleverd gaat worden. Op basis hiervan moet het zorgkantoor kunnen vaststellen of sprake is van rechtmatige zorg. Aan de inhoud en vorm van de zorgbeschrijving zijn geen eisen gesteld, er is wel een format beschikbaar gesteld voor de budgethouder. De zorgbeschrijving wordt zorginhoudelijk getoetst door het zorgkantoor als de budgethouder onder het domein van de Wlz valt. Voor budgethouders die onder het domein van de Wmo vallen voert de gemeente de zorginhoudelijke toets uit (vaak op basis van budgetplan).
- Een zorgovereenkomst waarin staat wie de zorgverlener is, tegen welk tarief de zorg wordt geleverd en het aantal uren. De zorgovereenkomst moet worden aangeleverd door de budgethouder. De SVB heeft modelovereenkomsten opgesteld voor de zorgovereenkomst, maar het gebruik hiervan is niet verplicht.

Er bestaat een grote diversiteit in de verplcihte stukken die bij de zorgkantoren zijn aangeleverd, zowel in de zorgbeschrijvingen als in de zorgovereenkomsten.[56] Vooral instellingen gebruiken hun eigen zorgovereenkomsten met daarin andere bepalingen dan in de modelovereenkomst. De SVB heeft onvoldoende specifieke kennis en tijd om deze bepalingen te beoordelen, met als risico dat er bepalingen zijn waarvan de budgethouder last zou kunnen hebben in de toekomst. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan woonconstructies. De NZa adviseert het ministerie van VWS te onderzoeken of het voorschrijving van een vast format dit probleem ondervangt.

De SVB schat in dat de helft van de aangeleverde zorgovereenkomsten in eerste instantie arbeidsrechtelijk en administratief onvolledig en/of juist zijn en daardoor teruggestuurd worden aan de budgethouder. Daarnaast is het controleren van de zorgbeschrijvingen door de zorgkantoren een moeizaam proces, met name doordat de budgethouder deze stappen voor het eerst moet zetten en de budgethouder onbekend is met deze werkwijze. Daardoor is het proces langdurig en hierdoor waren begin 2015 niet van alle budgethouders goedgekeurde zorgbeschrijvingen door het zorgkantoor en SVB aanwezig.

Begin 2015 deden zich problemen voor met de uitbetaling van PGB's via trekkingsrecht door de Sociale Verzekeringsbank en met de bereikbaarheid van de SVB. Daarop heeft de staatssecretaris noodmaatregelen genomen om de uitbetalingen van de PGB doorgang te laten vinden in het belang van de PGB-cliënt. Er is besloten om niet alle zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen vooraf te laten goedkeuren (controlecyclus), maar de gelden in het geval van (dreigende) uitbetalingsproblemen direct te laten uitbetalen. Het gevolg hiervan is dat voor die gevallen de controlecyclus doorbroken is, immers de

[56] Binnen de WMo geldt de verplichting van een zorgbeschrijving niet.

zorgbeschrijvingen en zorgovereenkomsten zijn dan vooraf niet in alle gevallen niet goedgekeurd door de SVB en het zorgkantoor. Door het wegvallen van een adequate controle(cyclus) is het mogelijk dat er onrechtmatige uitbetalingen plaatsvinden aan zorgverleners. De NZa is van mening dat achteraf voldoende en toereikende controlemiddelen dienen te worden ingezet door de zorgkantoren en de SVB om de financiële rechtmatigheid van deze uitbetaalde bedragen te waarborgen.

Vanuit het perspectief van het consumentenbelang hecht de NZa er aan dat de invoering van trekkingsrechten zo geruisloos mogelijk voor budgethouders zal verlopen. De NZa gaat ervan uit dat partijen alles in het werk zullen stellen om de overgang goed te laten verlopen.

Daarnaast moeten voldoende controlewerkzaamheden worden ingebouwd of tijdelijk worden ingezet om in deze periode de rechtmatigheid van de uitgaven te kunnen blijven waarborgen.

9.3 Taakverdeling en verantwoordelijkheden

De taakverdeling kan als volgt worden uiteengezet:

Zorgkantoor	SVB
Intake	Arbeidsrechtelijke beoordeling & controle zorgovereenkomsten
Vooraf zorginhoudelijke toets op zorgovereenkomsten	Fiattering declaraties
Controleren van de zorgbeschrijving	Controle en betaling
Toekenning PGB	Budgetoverzichten beschikbaar stellen aan de PGB-houder en via centrale aanlevering aan het zorgkantoor
Materiele controle (bijv. door huisbezoeken)	Gegevens naar de fiscus
Vaststelling subsidie	Terugstorten resterend budget naar het zorgkantoor
Fraudebestrijding	

De zorgkantoren blijven verantwoordelijk voor een goede besteding van het budget, een goede fraudebestrijding en voor kwalitatief goede en rechtmatige zorg. De SVB ondersteunt zorgkantoren hierbij door hen tijdig van de benodigde informatie te voorzien en vooraf controles in te bouwen.

9.4 Pilot trekkingsrechten

In 2014 hebben drie zorgkantoren een pilot uitgevoerd met trekkingsrechten voor nieuwe budgethouders. De bestaande budgethouders zijn gevraagd om hieraan vrijwillig deel te nemen. In totaal hebben 935[57] budgethouders deelgenomen aan de pilot.

Uit de pilot komt het volgende naar voren[58]:
- De respondenten zijn tevreden over de voorlichting over trekkingsrechten. De budgethouders hebben wel een aantal verbeterpunten over tijdigheid, duidelijkheid en begrijpelijkheid aangedragen.

[57] Bron: SVB.
[58] Afkomstig van de eindrapportage onderzoek pilotklanten uitgevoerd door het SVB (niet publiekelijk).

- Een derde van de respondenten vond het lastig om de zorgbeschrijvingen in te vullen, dit in tegenstelling tot de zorgovereenkomsten die goed in te vullen zijn. Bij 80% van de respondenten heeft de pilot voldoende of goed voldaan aan de verwachtingen.
- 75% van de respondenten is van mening dat in het algemeen de dienstverlenging van het zorgkantoor en de SVB in de pilot trekkingsrechten goed of uitstekend is.

Deze uitkomsten zijn meegenomen in de vormgeving voor het definitieve trekkingsrecht.

9.5 Vooruitblik

In de planvorming voor trekkingsrecht was sprake van 3 plateau's. Op dit moment is fase 1 gerealiseerd, het trekkingsrecht is namelijk per 1 januari 2015 operationeel. Plateau 1 is erop gericht om het fundament (de basis) te leggen voor de systemen, processen, services, dienstverlening, organisatie en governance.

In 2015 is een start gemaakt met plateau 2, waarvan de oorspronkelijke plannen eind 2014 zijn gewijzigd. De SVB heeft namelijk voorgesteld om de bestaande systemen door te ontwikkelen in plaats van in 2016 over te gaan naar een nieuw systeem. Het plan voor 2015 en verder omvat technische verstevigingen en functionele verbeteringen. De functionele verbeteringen worden in nauwe samenspraak met de partijen inclusief Per Saldo bepaald.

Daarbij worden de processen voor het gebruik van het trekkingsrecht PGB geoptimaliseerd. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is een fraudebestendige inrichting van het systeem. Ook efficiency, kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid zijn aandachtspunten. De SVB zal in 2015 fraudesignalen delen met het zorgkantoor op incidentele basis en voor individuele gevallen. Van hieruit zal de fraudebestrijding verder ontwikkeld worden.

Ondanks dat trekkingsrechten bijdragen aan het verminderen van de mogelijkheden tot fraude is van een gestructureerde centrale fraudeaanpak via trekkingsrecht nog geen sprake. De NZa adviseert om de kansen en mogelijkheden van het trekkingsrecht in het kader van fraudepreventie- en bestrijding te onderzoeken en daar waar mogelijk direct in te voeren. Vooral het inzetten van data-analyses op bijvoorbeeld het aantal gedeclareerde uren per zorgverlener, zorg verleners bij meerdere budgethouders en geldigheid indicatie.

De NZa is van mening dat het hanteren van een dataset over alle domeinen (PGB in de Zvw, Wmo en de Wlz) meerwaarde kan bieden en adviseert daarom om de mogelijkheden voor domein overstijgende data-analyses te onderzoeken en daar waar mogelijk te implementeren.

10. Veranderingen in 2015

In 2015 zijn er binnen de PGB een aantal veranderingen doorgevoerd. De onderstaande globale uiteenzetting is bedoeld om een kader te geven welke veranderingen er binnen de PGB-regelingen zijn aangebracht. Deze uiteenzetting is niet bedoeld om volledig te zijn.

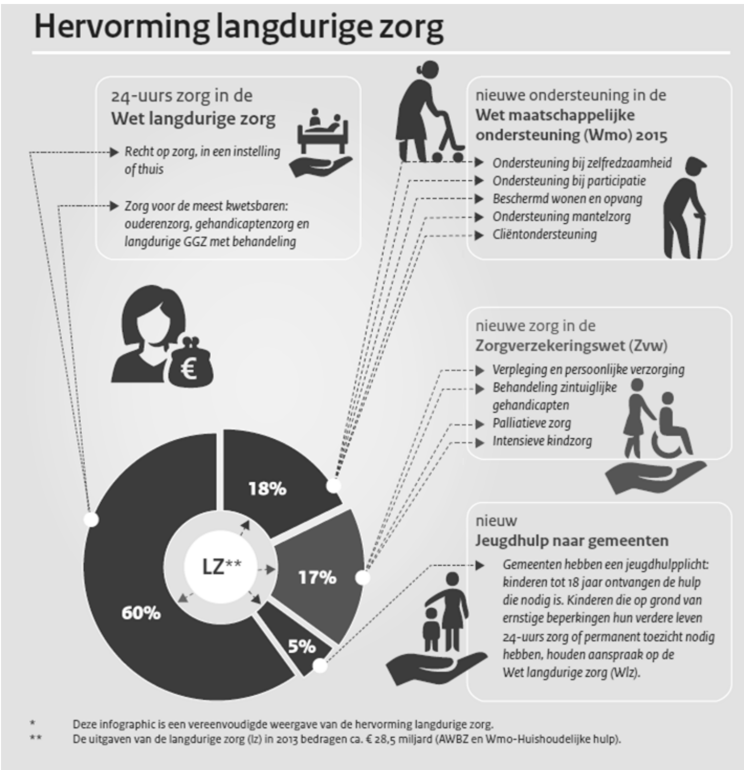
Tot 31 december 2014 vallen allerlei soorten extramurale zorg (persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding) onder de AWBZ, vanaf 2015 is dat anders.

De gemeenten zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor begeleiding thuis en dagbesteding, de daarmee samenhangende persoonlijke verzorging, vervoer, logeeropvang en ggz-verblijf. De Wmo is gericht op zelfredzaamheid en participatie. Gemeenten hebben een jeugdhulpplicht: kinderen tot 18 jaar ontvangen de hulp die nodig is (jeugdwet).

Verpleging en persoonlijke verzorging die iemand thuis ontvangt, vallen vanaf 1 januari 2015 onder de basisverzekering (Zvw). Deze zijn samengevoegd tot de nieuwe aanspraak ‘wijkverpleging’ binnen de Zvw.

Onder de Wlz komen zorgconsumenten met een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De Wlz richt zich op mensen met een blijvende somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en mensen met een blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap. Zie ook onderstaande figuur voor een verduidelijking.

Figuur 17: Hervormingen langdurige zorg



Bron: ministerie van VWS

Vanaf 2015 kan een budgethouder dus een PGB verkrijgen binnen vier domeinen (als hij hiervoor geïndiceerd is), namelijk:
- de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- Jeugdwet;
- Wet langdurige Zorg (Wlz).

De NZa houdt, wat betreft de vorenstaande zorg, toezicht op de zorg die valt onder de Zvw en de Wlz. De NZa houdt geen toezicht op de gemeenten, hiervoor is de gemeenteraad verantwoordelijk.

10.1 Systeemwijziging

Het doorvoeren van een stelselwijziging brengt uitdagingen met zich mee, dit is inherent aan implementeren van nieuwe (wettelijke) kaders. Bij de inwerkingtreding van het nieuwe systeem heeft de NZa een aantal aandachtsgebieden gesignaleerd:
- Door de versnippering van de huidige PGB over de diverse domeinen is er geen totaaloverzicht meer wat voor totaalpakket aan zorg nodig is en wat er geleverd wordt. De verantwoordelijkheid komt hierdoor geheel bij de zorgconsument te liggen, terwijl binnen de AWBZ er wel een totaaloverzicht was door de zorgkantoren.
- De PGB-houders zijn laat ingelicht (communicatie pas in 4de kwartaal 2014 op gang gekomen) over de op komst zijnde wijzigingen, wat tot onrust heeft geleid bij de budgethouders.
- De regelgeving betreffende Wlz, en vooral de uitwerking hiervan is pas op een laat moment afgerond. Hierdoor is de implementatietijd voor de partijen kort.
- Door de opsplitsing van de zorgconsumenten over de verschillende domeinen (Zvw, Wmo, Wlz en Jeugdwet) ontstaat het risico dat er afwenteling van de verantwoordelijkheid voor het leveren van zorg kan gaan plaats vinden. Doordat de domeinafscheiding niet eenduidig is kunnen zorgconsumenten van het ene loket naar het andere loket gestuurd worden, met het risico dat zij hierdoor niet (tijdig) de benodigde zorg krijgen.
- Tijdens het onderzoek kwamen signalen dat sommige gemeenten onvoldoende zicht hebben op de werkzaamheden die uitgevoerd moeten gaan worden voor het toekennen van een PGB.

De NZa is van mening dat deze risico’s en aandachtgebieden meegenomen kunnen worden bij mogelijke veranderingen aan het huidige PGB-systeem in alle domeinen of bij andere systeemwijzigingen.

Daarnaast onderkent de NZa een aantal aandachtsgebieden die het gevolg zijn van het huidige systeem en waarbij het de aanbeveling verdient om hier verder aandacht aan te besteden, namelijk:
- Doordat het totaaloverzicht over de domeinen verloren gaat, is de mogelijkheid tot centrale data-analyse van gegevens, om afwijkende patronen te herkennen en daarop gericht controlewerkzaamheden op uit te voeren, verminderd.
- De uitvoering van het PGB zal voor de budgethouder die zorg uit diverse domeinen nodig heeft verschillen. De zorgconsument heeft van deze verdeeldheid last, doordat men zich moet houden aan de diverse spelregels van verschillende wettelijke PGB-regelingen en daardoor bijvoorbeeld op verschillende wijze moet verantwoorden. Het risico bestaat dat de zorgconsument hierdoor niet op de hoogte is van zijn rechten en verplichtingen en daardoor onrechtmatige bestedingen kan doen.

- Binnen de Zvw zijn geen specifieke kaders gesteld voor het rechtmatig uitvoeren van een PGB. Er zal aansluiting worden gezocht bij de huidige kaders van de Zvw. Het uitvoeren van een bewust keuze gesprek en/of huisbezoek is niet expliciet vastgelegd in protocollen of andere handreikingen die door zorgverzekeraars worden gehanteerd. De zorgverzekeraar dient vast te stellen dat er sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg.